



Daniel Costa Vianna Muciollo
Fabio Ricardo Ledesma
Jaqueline Conceição
Príncipe Santana da Cruz
Renata Carvalho Nascimento de Freitas

PSICOLOGIA

O PENSAR INTEGRADO E PRÁTICO
ALÉM DE UMA ABORDAGEM



ORGANIZAÇÃO

Daniel Costa Vianna Muciollo

Fabio Ricardo Ledesma

Jaqueline Conceição

Príncipe Santana da Cruz

Renata Carvalho Nascimento de Freitas

PSICOLOGIA: O PENSAR INTEGRADO E PRÁTICO ALÉM DE UMA ABORDAGEM



2021

PSICOLOGIA: O PENSAR INTEGRADO E PRÁTICO ALÉM DE UMA ABORDAGEM

ORGANIZAÇÃO

Daniel Costa Vianna Muciollo
Fabio Ricardo Ledesma
Jaqueline Conceição
Príncela Santana da Cruz
Renata Carvalho Nascimento de Freitas

COLABORADORES

Caroline Walter de Oliveira Rudey
Cleber Artner Rocha
Dacélia Iarocheski
Emanuele Guimarães
Gislaine Dias Hiera
KARolayne Chagas Tromm
Milena Carvalho Santos
Rodrigo Plewka
Thainá Kucarz

EDITORAÇÃO

Elisete Ana Barp
Gabriel Bonetto Bampi
Gabriela Bueno
Janice Becker
Josiane Liebl Miranda

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade do Contestado

150
P974

Psicologia: o pensar integrado e prático além de uma
abordagem : [recurso eletrônico] / organização Daniel
Costa Vianna Mucciollo ... [et al.]. – Mafra, SC : Ed. da
UnC, 2021.

144 f.
Inclui bibliografias.

ISBN: 978-65-88712-24-5

1. Psicologia– Pesquisa. 2. Ensino superior – Pesquisa. I.
Mucciollo, Daniel Costa Vianna (Org.). II. Título.

ISBN: 978-65-88712-24-5



UNIVERSIDADE DO CONTESTADO – UnC

SOLANGE SALETE SPRANDEL DA SILVA

Reitora

LUCIANO BENDLIN

Vice-Reitor

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO CONTESTADO – FUNc

ISMAEL CARVALHO

Presidente

ORGANIZAÇÃO

Daniel Costa Vianna Muciollo
Fabio Ricardo Ledesma
Jaqueline Conceição
Príncela Santana da Cruz
Renata Carvalho Nascimento de Freitas

COLABORADORES

Caroline Walter de Oliveira Rudey
Cleber Artner Rocha
Dacélia Iarrocheski
Emanuele Guimarães
Gislaine Dias Hiera
KARolayne Chagas Tromm
Milena Carvalho Santos
Rodrigo Plewka
Thainá Kucarz

EDITORAÇÃO

Elisete Ana Barp
Gabriel Bonetto Bampi
Gabriela Bueno
Janice Becker
Josiane Liebl Miranda



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
PRÁTICAS PSICOTERÁPICAS DA TEORIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL PARA CRIANÇAS.....	6
A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL NA PRÁTICA DA PSICOLOGIA CLÍNICA: UM RELATO DE ESTÁGIO	22
TÉCNICAS DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM PSICOTERAPIA: UM RELATO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE	36
TRABALHANDO AS RELAÇÕES FAMILIARES NA GESTALT-TERAPIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO.....	47
O PROCESSO DA INDIVIDUAÇÃO E A PSICOTERAPIA	55
O TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL A PARTIR DE QUATRO PERSPECTIVAS PSICOLÓGICAS: PSICOFARMACOLOGIA, GESTALT TERAPIA, TERAPIA SISTÊMICA FAMILIAR E TERAPIA HUMANISTA.....	70
O IMPACTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER SOB UMA VISÃO AMPLIADA DA PSICOLOGIA.....	89
O PAPEL DOS PAIS DIANTE DE UM PROCESSO SAUDÁVEL NO ENFRENTAMENTO DOS MEDOS DA PRIMEIRA INFÂNCIA.....	108
QUALIDADE DE VIDA NA COMPREENSÃO INTEGRADA DO SER HUMANO DENTRO DAS ABORDAGENS SISTÊMICA, HUMANISTA, GESTALT E PSICOFARMACOLOGIA.....	129

APRESENTAÇÃO

A coletânea reunida nesse e-book é o resultado do trabalho desenvolvido por acadêmicos de Psicologia durante o segundo semestre de 2020, seja na prática clínica ou na integração entre disciplinas do curso para discorrer sobre um tema a livre escolha dos autores.

A Psicologia Clínica e da Saúde é parte fundamental da formação do psicólogo, tornando assim relevante os relatos de experiência nessa área e justificando sua inclusão na presente coletânea, posto que a Psicologia Clínica e da Saúde aborda todas as formas de atuação do psicólogo na área da saúde, não ficando restrita apenas a terapia individual.

Também é necessário que se destaque o desafio dos acadêmicos ante a proposta da construção de um trabalho envolvendo a abordagem de um fenômeno por diversos olhares da Psicologia, mais precisamente, da Psicologia Sistêmica, da Psicologia Humanista, da Gestalt Terapia e da Psicofarmacologia. Considerando que, nos dias de hoje, na ciência, é preciso que se tenha uma visão interdisciplinar, na Psicologia não é diferente, razão pela qual é plausível que os trabalhos escritos sob o prisma de mais de uma abordagem se incluam na presente coletânea.

Os autores são os professores orientadores e acadêmicos matriculados na Oitava fase e alunos matriculados na disciplina de Estágio Curricular Supervisionado Obrigatório em Psicologia Clínica e da Saúde do curso de Psicologia da Universidade do Contestado - UnC campus Canoinhas.

O objetivo deste e-book é proporcionar ao leitor uma visão da Psicologia Clínica sob o olhar da atuação dos formandos, bem como oferecer uma compreensão sob o prisma de mais de uma abordagem sobre temas escolhidos, demonstrando o desafio do pensamento interdisciplinar na Psicologia.

PRÁTICAS PSICOTERÁPICAS DA TEORIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL PARA CRIANÇAS

Dacelia Iarrocheski¹
Jaqueline Conceição²

RESUMO

Os transtornos mentais psiquiátricos ou psicológicos estão cada vez mais comuns em crianças e adultos, visto que incluem alterações de pensamentos, emoções ou comportamentos. Nos pequenos é difícil estabelecer o diagnóstico, pois é comum o fato de que as crianças pequenas são naturalmente desatentas, impulsivas e ativas quando comparadas aos escolares, sendo difícil determinar as fronteiras entre os padrões normal e anormal do comportamento. A psicoterapia é um meio de auxiliar as crianças em problemas diversos que podem causar estresse emocional os quais interferem na rotina da criança, podendo dificultar suas habilidades adaptativas e o bem-estar dela e também dos que a cercam. O Núcleo de Serviços em Psicologia da Universidade do Contestado exerce um excelente papel nessa esfera, auxiliando os pacientes e pais que procuram entender o que é e o por que ocorre esses transtornos com as crianças. A presente pesquisa busca realizar um estudo teórico sobre o brincar e sua importância para a prática psicoterápica com crianças, enquanto método de tratamento clínico. Compreende-se que a terapia cognitiva comportamental deve ser utilizada como instrumento fundamental à observação e ao atendimento com crianças, pois viabiliza ao terapeuta entender o funcionamento e a realidade psíquica da mesma, de modo a favorecer a resolução de seus conflitos e o seu desenvolvimento saudável. Presume-se que esse estudo contribua e desperte reflexões ao aprimoramento e expansão da prática clínica com crianças.

Palavras-Chave: Crianças. Práticas Psicoterápicas. Brincar.

ABSTRACT

Psychiatric or psychological mental disorders are increasingly common in children and adults, they include changes in thoughts, emotions and / or behaviors. In children it is difficult to establish the diagnosis, because it is common the fact that young children are naturally inattentive, impulsive and active when compared to schoolchildren, making it difficult to determine the boundaries between normal and abnormal behavior patterns. Psychotherapy is a means of helping children with various problems that can cause emotional stress and interfere with the child's routine, which can hinder their adaptive skills and the well-being of them and those around them. The Psychology Services Center at the University of Contestado plays an excellent role in this sphere, helping patients and parents who seek to understand

¹Acadêmica do curso de Psicologia, Universidade do Contestado - UnC, Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E- mail: daceliaiarrocheski@gmail.com.

²Docente do curso de Psicologia, Universidade do Contestado – UnC, Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: jaqueline@unc.br

what and why these disorders occur with children. This research seeks to carry out a theoretical study on playing and its importance for psychotherapeutic practice with children, as a method of clinical treatment. It is understood that playing should be used as a fundamental instrument for observation and care with children, as it enables the therapist to understand its functioning and psychic reality, in order to favor the resolution of its conflicts and its healthy development. It is assumed that this study contributes and arouses reflections on the improvement and expansion of clinical practice with children.

Keywords: Children. Psychotherapeutic Practices. Play.

INTRODUÇÃO

A terapia cognitiva, também conhecida como terapia cognitiva comportamental (TCC), é um tipo específico de psicoterapia que enfatiza a importância dos processos cognitivos na compreensão e no tratamento de diversos transtornos mentais. Desenvolvida por Aaron Beck no final dos anos 1950, esta tornou-se uma das psicoterapias mais investigadas empiricamente e com mais evidências científicas de eficácia (ALFORD; BECK, 2000).

Esta terapia estabeleceu um método de trabalho primordialmente utilizado em casos de depressão, expandindo consideravelmente nos dias atuais para outras causas, baseado no empirismo colaborativo, concentrada no aqui e agora, com atuação centrada nas cognições do paciente, através de sessões estruturadas, focadas em metas e soluções de problemas.

Concebe a ideia de que cada um de nós, desde o nascimento, mediante sua interação com o meio, desenvolve um sistema muito particular de percepção dos eventos que nos rodeiam e daqueles dos quais participamos diretamente à medida que os órgãos sensoriais os detectam.

A TCC é efetiva no tratamento da depressão e da ansiedade, tanto quanto a medicação, sendo preferida pela maioria dos doentes. Análises de custo-efetividade parecem apontar que a TCC seja tão efetiva, a curto prazo, como a terapêutica farmacológica para a depressão, ansiedade generalizada e outras perturbações mentais como fobias e stress pós-traumático (CLARK, 2011).

O modelo cognitivo-comportamental parte do pressuposto de que os nossos pensamentos influenciam intensamente as emoções e as reações de comportamento que venhamos a ter, sendo assim, emoções e comportamentos,

portanto, são influenciados pelo modo como uma pessoa enxerga os eventos que lhe acontecem no dia a dia.

Como em qualquer forma de psicoterapia, a TCC começa a avaliação através de uma anamnese completa e de um exame do estado mental do paciente. Na TCC, a avaliação e a realização da conceitualização é baseada num modelo amplo de tratamento. A conceitualização cognitiva, formulação de caso e enquadramento cognitivo funcionam como um mapa que orienta o trabalho a ser realizado com o paciente. O terapeuta, através da conceptualização, visa obter a estrutura para a compreensão de cada paciente segundo a sua subjetividade, o que o auxilia na escolha de estratégias terapêuticas que são utilizadas ao longo do tratamento (PERSONS; ROBERTS; ZALECKI; BRECHWALD, 2006).

A TCC poderá ser uma formação complementar à prática clínica diária, mas exigirá ao médico um espaço e um tempo diferentes para a aplicação específica destas técnicas. No processo de terapia é importante que os doentes se conscientizem que esta é um complemento à consulta médica, com abordagens específicas, embora com o mesmo objetivo final. O médico que possui esta formação complementar tem uma mais-valia em sua aprendizagem como médico, pois enriquece e estreita a relação médico-paciente, desenvolve uma maior precisão diagnóstica, identificando as expectativas, significados, motivações e sentimentos expressos pelo cliente de forma a responder da melhor forma possível às necessidades destes. A especialidade de Medicina Geral e Familiar é caracterizada, segundo a definição europeia, por seis competências nucleares, entre as quais se salienta o cuidado centrado na pessoa, uma abordagem do indivíduo com as suas crenças, medos, expectativas e necessidades (ALLEN *et.al.*, 2002).

A terapia cognitiva procura identificar, investigar e alterar os pensamentos automáticos e crenças, oferecendo assim, uma maneira diferente de pensar, de ver as coisas como também, os acontecimentos do dia a dia.

Quando o indivíduo descobre a maneira de reconhecer e reparar o que pensa, automaticamente o humor melhora e as atitudes perante o cotidiano serão mais positivas e coniventes.

O ato clínico por excelência é concretizável na relação terapêutica, da qual a entrevista é ferramenta essencial. As atividades preventivas são, em si, essencialmente uma tarefa comunicacional.

MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa de revisão bibliográfica teve como fonte livros, internet, artigos e estudos, enfim, todo material que possa ser útil ao foco do trabalho. Também é resultado do estágio realizado no Núcleo de Serviços em Psicologia - NSP, onde foi possível acompanhar a rotina dos pacientes que buscam atendimento na instituição.

A pesquisa bibliográfica é um excelente meio de formação científica quando realizada, como análise teórica ou como parte de um trabalho científico.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

BREVE HISTÓRIA DA UNIVERSIDADE DO CONTESTADO E DO NÚCLEO DE SERVIÇOS EM PSICOLOGIA

A Universidade do Contestado – UnC foi fundada em 1997, quando ocorreu a união da Fundação das Escolas do Planalto Catarinense (FUNPLOC), de Canoinhas, com de outros municípios, sejam elas, Mafra, Caçador e Concórdia, em torno de uma única instituição. Esta instituição, que está completando 50 anos de inserção do Ensino Superior no Estado de Santa Catarina, consolida seu espaço, demonstrando a força no desenvolvimento político, econômico e social da região do Planalto Norte Catarinense.

Localiza-se no centro da cidade de Canoinhas, na Rua Roberto Ehlke, nº 86, com horário de funcionamento das 13h00min às 22h30min horas, de segunda à sexta-feira.

O Núcleo de Serviços em Psicologia - NSP, encontra-se no interior do prédio da UnC, sendo inaugurado pela Reitoria da Universidade, representantes da comunidade e acadêmicos, no dia 17 de outubro de 2018.

Instalado no bloco A da Instituição, Campus Canoinhas, foi projetado numa área construída de 65 m², distribuídos em salas, espaços especializados para o atendimento à comunidade de Canoinhas e região.

O NSP propõe atividades de estágio para os discentes do curso de Psicologia, como atendimentos psicológicos individuais, de casais ou de grupos. No

Núcleo de Serviços em Psicologia, são desenvolvidas atividades de triagem, plantão psicológico, escuta qualificada, psicoterapia e psicoeducação.

Visa colocar os acadêmicos na mais conhecida área da prática em Psicologia. Para que isso aconteça, foi oficializada uma parceria entre UnC e o SUS, em reunião junto ao Conselho Municipal de Saúde do município de Canoinhas, oportunizando o atendimento psicológico dos munícipes, sobretudo pessoas com a saúde mental fragilizada.

O Núcleo de Serviços em psicologia iniciou suas atividades no último triênio de 2018. Atende pessoas gratuitamente sem recursos de origem pública, o que mostra o potencial e o diferencial dessa Instituição na comunidade.

Os serviços do NSP contribuem para a sociedade, sendo importante nesses tempos de emergência que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2020), apresentou um aumento significativo de pessoas com transtornos, como sintomas de Ansiedade e Depressão decorrentes do isolamento social e da situação de pandemia da COVID- 19.

A UnC está inserida na sociedade, abrindo um novo espaço para melhor servir a comunidade, com condições de receber os acadêmicos que buscam um ensino de qualidade.

Sua missão é construir e difundir conhecimento e tecnologia, formando cidadãos comprometidos com o desenvolvimento de uma sociedade humanizada e sustentável. A visão é de ser uma Universidade de Excelência em Ensino, Pesquisa e Extensão, tendo como valores Autonomia, Qualidade, Ética, Transparência, Inovação, Responsabilidade Social e Ambiental.

O objetivo geral da instituição é atender as necessidades de formação dos acadêmicos com estágios práticos supervisionados, promovendo a integração com a comunidade através da prestação de serviços em diversas áreas da psicologia.

O horário de funcionamento do Núcleo de Serviços em Psicologia de segunda a sexta-feira das 13:00 às 17:00 e das 18:00 às 22:00.

O Núcleo está projetado no bloco A da UnC, com área total de 104,66 m², agregando um vasto espaço de circulação com 42,22 m² (corredor) e o restante distribuídos em espaços especializados, sendo:

- 01 sala de recepção;
- 01 sala de coordenação;

- 01 sala de Psicoterapia Adulto e Infantil;
- 04 salas de Triagem;
- 01 sala de almoxarifado.

Neste ano de Pandemia, todas as salas de atendimento foram reestruturadas e adaptadas e os atendimentos acontecem de acordo com as medidas de segurança e o Programa de Reestruturação Administrativa para enfrentamento da Covid-19.

A Universidade do Contestado, por ser uma instituição privada, tem sua situação financeira custeada pelos acadêmicos em forma de mensalidades, recebendo recursos Estaduais e Federais que são distribuídos em bolsas de estudos.

O acadêmico para fazer uso do Núcleo de Serviços em Psicologia – NSP deve seguir algumas regras, sejam elas:

- É obrigatório seguir as atividades profissionais e acadêmicas atendendo aos princípios, normas e regulamentos do Código de Ética Profissional CRP 12 e CFP;
- Obrigatório uso de crachá de identificação;
- Proibido fotografar, gravar e filmar no ambiente do NSP, exceto nas situações definidas com o supervisor do estágio;
- Proibido levar/ consumir alimentos nas salas de atendimento adulto ou infantil;
- Proibido retirar prontuários ou materiais do NSP;
- Evitar o uso de roupas inadequadas ao local de atendimento (decotes, transparências, peças justas, chinelos e bonés);
- Manter silêncio e circular apenas o necessário;
- Deixar todo seu material pessoal no armário guarda-volumes;
- Arquivar os prontuários no armário;
- O tempo de atendimento é de 50 a 60 minutos;
- Sempre solicitar materiais de consumo com antecedência;
- Manter organizado o ambiente guardando cada material em seu devido lugar;
- Ao encerrar o uso das salas do NSP, desligar ar condicionado e guardar o controle, fechar janelas, cortinas e a porta.

PSICOTERAPIAS: UMA PRÁTICA PSICOLÓGICA

A psicoterapia é um meio de auxiliar as crianças em problemas diversos que podem causar estresse emocional que interferem em sua rotina, podendo dificultar suas habilidades adaptativas e seu bem-estar e dos que a cercam.

A principal diferença entre a terapia de adulto e a infantil talvez esteja na busca constante do terapeuta comportamental infantil por procedimentos alternativos ao relato verbal, para obter informações sobre as variáveis que controlam o comportamento da criança.

A psicoterapia com crianças é, portanto, uma intervenção que busca atender a problemas diversos, que interferem em sua rotina. Isso pode vir a dificultar e ameaçar o aumento de habilidades adaptativas e o bem-estar da criança levando em consideração também os que fazem parte de seu convívio (DEAKIN; NUNES, 2008).

Uma das abordagens teóricas atuais que tem apresentado propostas terapêuticas no que se refere ao atendimento de crianças é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). A TCC é uma abordagem teórica que pode ser considerada recente, desenvolvida nos anos 60 por Aaron Beck, a partir do pressuposto de que o modo como o paciente processa e interpreta as situações é que gera o sofrimento.

Assim, torna-se aspecto fundamental do tratamento de crianças a interpretação, a verbalização e o esclarecimento das pulsões e das defesas conflitantes do paciente (SOURS, 1996).

Todavia, a abordagem com crianças e adolescentes difere-se no que tange ao tipo de intervenção realizada, que terá como base a criação de linguagens (muitas vezes não verbais) para acessar o funcionamento cognitivo da criança. Além disso, o tratamento com crianças também tem outros pontos diferenciados, como a intervenção com os pais, que consiste em uma grande fonte de informação, como parte do tratamento.

Por entender o brincar como uma forma da criança expressar seu mundo interno, Melanie Klein utilizava a interpretação da brincadeira para interpretar conteúdos das fantasias inconscientes, que somente a brincadeira evidenciava possível apreender diante de seu vasto simbolismo (FULGENCIO, 2008).

Para Melanie Klein (1996), o lúdico, a brincadeira é uma forma de acesso ao inconsciente, visto que quando a criança brinca, fala e diz toda sorte de coisas que tem o valor de associações genuínas, do mesmo modo como um adulto concebe associações aos elementos de seu sonho.

Esse método, pode-se dizer que é igual ao de análise com adultos, porém a técnica é adaptada ao psiquismo da criança, ou seja, ela irá se comunicar através da brincadeira. Por se tratar de uma situação delicada, a criança não consegue se expressar através das palavras, sendo assim, com a brincadeira ela irá relatar o que realmente lhe aflige.

Na realização de uma avaliação infantil no atendimento da TCC, devem-se investigar os dados relativos à história pregressa da criança-gestação, parto puerpério, doenças maternas e outras intercorrências, assim como as condições do seu desenvolvimento, o neuromotor e linguagem, alimentação, hábitos desenvolvidos pela criança e história familiar (condições de saúde, econômica, ocupacional, religião e outros). Além disso, compreender como a criança se relaciona com seus pais, irmãos e outros membros da família é extremamente útil para a construção das hipóteses diagnósticas do caso (PUREZA, *et al.* 2014).

É durante a primeira infância que as emoções humanas começam a se desenvolver, formando um padrão característico e atuando na formação da personalidade. As técnicas comportamentais da TCC, são muito utilizadas no tratamento com crianças e adolescentes, pois reduzem a intensidade e frequência dos comportamentos disfuncionais e aumentam os comportamentos desejados.

DESENVOLVIMENTO INFANTIL SEGUNDO PIAGET

Como já vimos, os processos cognitivos são adquiridos desde a infância e o desenvolvimento relaciona-se diretamente com a aprendizagem, pois são inseparáveis, um não ocorre sem o outro.

Piaget (1982) explica que o indivíduo desde o nascimento constrói o seu conhecimento. Mostrou que as pessoas têm uma capacidade de aprender a todo momento, desde os primeiros minutos de vida. Os primeiros anos de uma criança podem ser determinantes para um bom ou mau desenvolvimento cognitivo e social, refletindo no adulto que, no futuro, irá se tornar.

Sabe-se que todos os indivíduos passam por várias fases tanto no organismo como psicologicamente. Essas mudanças vivenciadas por todos ocorrem, geralmente, na mesma sequência, porém o ritmo de começo e fim pode variar de pessoa para pessoa, devido às vivências que cada ser humano tem desde o nascimento.

Segundo Piaget (1982), sua teoria acerca do desenvolvimento da criança divide-se, basicamente, em quatro estágios, que ele próprio chama de fases de transição: o sensório motor (0 – 2 anos), o pré-operatório (2 - 7 anos), o das operações concretas (7 – 12 anos) e o estágio das operações formais (a partir dos 11 ou 12 anos). No estágio sensório motor (0- 2 anos), a atividade da criança é sensorial e motora, em que a criança não representa mentalmente os objetos, mas sua ação é direta sobre eles. Essa é a fase em que a criança não fica parada, ela mexe em tudo, explora e é muito curiosa. A inteligência é prática.

Piaget (1982) diz que no estágio pré-operatório (2- 7 anos) surge, na criança, a capacidade de substituir um objeto ou acontecimento por uma representação. Neste estágio, a criança é egocêntrica, centrada em si mesma e não consegue se colocar, abstratamente, no lugar do outro, não aceita a ideia do acaso e tudo deve ter uma explicação (é a fase dos "porquês"), bem como desenvolve a linguagem, a imitação. Surge nesta fase a descoberta do símbolo e a aprendizagem da fala. Esse estágio é conhecido como o estágio da Inteligência Simbólica.

No estágio das operações concretas (7- 12 anos), a criança já possui uma organização mental integrada. A criança já adquire noções de tempo, espaço, tendo capacidade de raciocinar de forma mais coerente e de solucionar problemas concretos. Nas operações formais (a partir dos 11 ou 12 anos), a representação permite a abstração total, adquirindo capacidade de criticar e discutir sobre valores morais, sociais e construindo seus próprios conceitos e ideias.

Diante desse cenário temos:

Quando interrogamos crianças de diferentes idades sobre os principais fenômenos que as interessam espontaneamente, obtemos respostas bem diferentes segundo o nível dos sujeitos interrogados. Nos pequenos, encontramos todas as espécies de concepções cuja importância diminui consideravelmente com a idade: as coisas são dotadas de vida e de intencionalidade, são capazes de movimentos próprios, e esses movimentos destinam-se, ao mesmo tempo, a assegurar a harmonia do mundo e servir ao homem. Nos grandes, não encontramos nada mais que representações da ordem da causalidade adulta, salvo alguns traços dos

estágios anteriores. Entre os dois, de 8 a 11 anos mais ou menos, encontramos pelo contrário várias formas de explicações intermediárias entre o animismo artificialista dos menores e o mecanismo dos maiores; é o caso particular de um dinamismo bastante sistemático, do qual várias manifestações lembram a física de Aristóteles, e que prolonga a física da criança enquanto prepara as ligações mais racionais. (PIAGET, 1982, p. 173-174).

Conforme a criança vai se desenvolvendo, suas capacidades intelectuais vão aprimorando, de acordo com a idade correspondente, o mundo externo e as pessoas as quais se relaciona no seu cotidiano.

Na fase do pré-escolar a criança está no estágio pré-operatório, ou seja, nesse período, ela faz a passagem da inteligência sensório-motora para a inteligência representativa, lembrando que, essa transformação é gradativa e sucessiva.

A inteligência não aparece, de modo algum, num dado momento do desenvolvimento mental, como um mecanismo completamente montado e radicalmente diferente dos que o precederam. Apresenta, pelo contrário, uma continuidade admirável com os processos adquiridos ou mesmo inatos respeitantes à associação habitual e ao reflexo, processos sobre os quais ela se baseia, ao mesmo tempo em que os utiliza (PIAGET, 1986, p.23).

Piaget (2006) diz que essa criança é capaz de reconstituir suas ações passadas sob forma de narrativa e de antecipar suas ações futuras pela representação verbal, ou seja, pela comunicação entre os indivíduos. Com isso, se inicia uma socialização, o aparecimento do pensamento e a intuição, como forma de pensamento mais adaptada ao real que a criança conhece no seu cotidiano.

Essa fase de início da alfabetização é onde a criança começa a reunir objetos por classe, ou seja, por tamanhos, formas e cores e já consegue contá-los, separá-los e diferenciá-los.

Vê-se a importância, nesse período, do jogo simbólico, a fantasia, o faz de conta surgem fazendo com que a criança crie imagens mentais. O jogo simbólico caracteriza-se pela representação da realidade, por uma tendência imitativa e imaginativa.

Fica claro que a fase pré-escolar é um momento de aprendizado e desenvolvimento, pois é nesse período que a criança começa a vivenciar experiências e, a partir delas, construir seus conceitos atuais e futuros. Cada

conhecimento é uma novidade, um avanço, uma descoberta onde ela começa a perceber melhor seu espaço no mundo e o espaço em que ela vive.

A infância é de suma importância para a criança, pois, conforme o que passar nessa fase será base para sua vida adulta. É na infância que o indivíduo desenvolve suas capacidades básicas intelectuais e de raciocínio, sendo assim, uma infância de qualidade gerará um indivíduo mais equilibrado.

TÉCNICAS PSICOTERÁPICAS INFANTIS

Existem várias técnicas que podem ser utilizados na psicoterapia infantil; dentre eles, a brincadeira, o jogo, o desenho, a dramatização, tendo cada um deles sua especificidade.

Ferro (1995) aponta o desenho como algo que fala das relações terapêuticas. Uma modalidade seria considerá-lo uma representação das relações presentes no mundo emocional da criança, que se aproxima também da sua realidade externa. Assim acontece em leituras de desenhos da família. Conseguimos, através dele, visualizar o que está acontecendo no mundo interno da criança.

Na folha de papel que ela mostra suas fantasias inconscientes. Como na interpretação do material verbal, por meio do desenho, é buscada e colocada a fantasia inconsciente do paciente; nesse caso, a criança. Procura-se colocar em palavras aquilo que está na imagem do desenho. Percebe-se, também, que este pode mostrar, além das fantasias da criança, o funcionamento do par analítico analista e paciente (KLEIN, 1996).

Ferro (1995) também destaca outra técnica, o quadro vivo, que seria o que acontece durante o atendimento. O *setting* utilizado seria o quadro, o paciente e a terapeuta, os personagens e a sessão vão compondo esse quadro, senão vejamos:

O *setting* fornece a moldura, as emoções da dupla proporcionam a tela e as tintas, as palavras têm a função de agregação e organização das mesmas, até que delas derive uma forma, uma estrutura no mais das vezes como personagens, contos, histórias, alternadamente do reino animal, vegetal, ou mineral, e assim por diante... mas estas figurações, que variam de acordo com o estado emocional e das relações do par, nada mais são do que o único modo de que as mentes dispõem para narrar o que acontece entre elas, sobretudo por meio da troca de identificações projetivas cruzadas (FERRO, 1995, p. 71).

Esses personagens, a história em si, as lembranças, os desenhos, trazidos durante as sessões, podem ser pensados como uma síntese do que ocorre com o paciente, que altera a cada sessão ou a cada momento, de acordo com os seus sentimentos ou qualidades.

Outras técnicas muito utilizadas na psicoterapia com criança é o jogo e o conto de fadas que compõem as relações primárias, caracterizados por sons, balbucios, verbalizações, que subentendem profundos intercâmbios comunicativos. Assim, a criança pode se comunicar num primeiro momento.

Os contos de fadas permitem à criança ver representadas, e direi mais, representar, os próprios medos mais terríveis e mais escondidos, além das próprias expectativas ideais ou idealizadas [...]. O conto de fadas permite ainda viver alhures, longe no espaço e no tempo, “era uma vez”, em lugares míticos (os contos sicilianos, por exemplo, são repletos do “Reizinho de Portugal”), aqueles medos que a criança não poderia nunca admitir provindos do encontro com as suas pessoas mais caras [...] (FERRO, 1995, p. 78).

Dentro dos contos de fadas, as crianças se identificam com os personagens, pois neles geralmente existem bruxas, madrastas, vinganças, invejas, ciúmes, entre outros. Assim, ela vive aquela realidade, deixando de lado os sentimentos terríveis que habitam o seu interior em um lugar longínquo. Todas as reflexões sobre os contos de fadas são válidas para o jogo.

O conto de fadas mostra à criança que é possível encontrar solução para as situações mais temidas. Na realidade, elas receiam que seus próprios sentimentos, medos emoções e instintos não possam ser contidos e que sejam por eles derrubadas. Pelas histórias serem insaturadas, ela quer sempre mais; o mesmo acontece com o jogo, mas aquelas nunca são as mesmas, são sentidas de forma diferente, assim como as fantasias (FERRO, 1995).

Outro ponto importante que o autor ressalta é a presença do outro, tanto no conto, quanto no jogo.

[...] o brinquedo por si só pode ajudar a criança a representar, a tentar encontrar soluções para os próprios conflitos, mas é somente a presença mental de alguém mais (como a presença do narrador para as histórias!) que brinque com ela que permite que o jogo seja plenamente transformador de angústias. É a acolhida dos estados mentais e emocionais presentes durante o jogo que consente as transformações mais profundas (FERRO, 1995, p. 80)

Logo, percebe-se o relevante papel que desempenha o terapeuta, pois desenvolvendo essas atividades, ele representa um papel mental que a criança precisa, ajudando a encarar seus conflitos, angústias e medos, bem como a transformar e verbalizar.

Pensando no jogo, Hanna Segal menciona a técnica proposta por Melanie Klein, o jogo como meio de comunicação:

[...] o modo natural de expressão da criança era o jogo, e que, portanto, o jogo podia ser utilizado como um meio de comunicação com a criança. Para a criança, o jogo não é simplesmente um jogo, mas é também um trabalho. Não é apenas um meio de dominar ou de explorar o mundo exterior, mas também um meio de explorar e dominar as angústias pela expressão e a elaboração de fantasias. Pelo jogo, a criança põe em cena suas fantasias inconscientes e, ao fazer isso, elabora e integra seus conflitos (SEGAL, 1979, p. 32 *apud* QUINODOZ, 2007, p. 101).

É evidente que o jogo tem um papel fundamental na psicoterapia infantil, pois ele funciona como mais uma forma de comunicação existente para colaborar para que a criança verbalize o que sente e o que passa no seu interior.

Ferro (1995) nos traz outra forma de verbalização da criança, um dispositivo que tem a capacidade de expor as imagens e emoções ainda não passíveis de pensamento: o sonho. Segundo ele, é importante que, juntamente com o seu analista, o paciente o reconstrua, possibilitando a sua reorganização e, conseqüentemente, sua interpretação.

Percebe-se o sonho como um convite para olhar algo que está escondido, secreto. Ele nem sempre é passível de interpretações, mas o sonhador poderá criar visões poéticas sobre o que sonha, além de trazer para o presente a mente do analista, o que facilitará a poetização do objeto já sonhado. No fundo, o sonho do paciente é uma primeira organização de algo que espera ser comunicado, e somente o que virá da outra parte constituirá o sonho completo do par (FERRO, 1995).

Diante disso, fica claro que existem vários recursos a serem utilizados no trabalho com crianças, e cada instituto será utilizado conforme a necessidade de cada criança. Para tanto, é necessário um trabalho criterioso do analista a respeito da situação em que o paciente se encontra, para atingir o escopo desejado que é a comunicação do paciente e o acesso ao mundo interno.

CONCLUSÃO

Fundamentado na literatura especializada seguida da vivência no estágio ao atendimento dos pacientes no Núcleo de Serviços em Psicologia – NSP, ratificou-se a real importância do trabalho do psicólogo junto a essas pessoas.

A Psicoterapia de crianças, ao longo dos anos, vem sendo expandida tanto em relação à teoria quanto a técnicas e intervenções utilizadas. Uma das abordagens teóricas atuais que tem apresentado propostas terapêuticas eficazes no que se refere ao atendimento de crianças e adolescentes é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). O entendimento dessas práticas passou a ser fundamental no auxílio do desenvolvimento saudável da criança. Assim é possível encontrar na literatura evidências científicas de que essa modalidade de tratamento é eficiente para um grande número de patologias psiquiátricas e demandas psicológicas.

Através das psicoterapias a criança pode expressar o que se passa no seu mundo interno, pois muitas vezes não consegue verbalizar o que lhe aflige ou incomoda. Ela pode exprimir suas fantasias e conflitos, visto que através da relação com o terapeuta, pode elaborar aspectos de insatisfação com a realidade transformando e ou ressignificando suas experiências traumáticas.

A razão disso é que nesse segmento é realizado o atendimento em clínica de pacientes com problemas como: transtornos mentais, fobias, traumas, perdas de entes queridos e afins, que estão afetando o bem-estar físico e psicológico deles.

Este trabalho abrange a experiência de estagiar em clínica como acadêmica do Curso de Psicologia, realizando estágio no primeiro e segundo semestre do ano de dois mil e vinte, fortalecendo o conhecimento e prática do exercício profissional em atendimento e auxílio às pessoas em seus conflitos e tomada de decisões de forma mais assertiva.

Através da brincadeira, a criança pode aprender a experimentar e a partilhar do contato social, exercendo criatividade, alterando seu modo de ver a vida e as situações do dia a dia.

O psicólogo clínico está capacitado para prestar acompanhamento e tratamento psicoterapêutico, no sentido de promover a saúde mental, fornecer orientações sobre questões psicopatológicas, aconselhamentos e auxiliar os indivíduos, recuperando sua autoestima e qualidade de vida.

Sendo assim o Estágio Curricular Supervisionado, vem complementar a formação, o conhecimento e as atividades ligados ao desenvolvimento profissional do acadêmico, com o intuito de fornecer ferramentas para o enfrentamento de desafios que se apresentam com o paciente no campo profissional.

Vale ressaltar que o mercado exige que os profissionais da saúde segmentem o trabalho que desenvolvem, para dessa forma estarem aptos a atender nichos de pacientes que requerem cuidados específicos, atendimento diferenciado e tratamento intensivo.

Dessa forma, pode-se dizer que o estágio supervisionado proporcionou ao acadêmico o domínio de instrumentos práticos imprescindíveis à execução de suas funções. É oportuno pronunciar que toda a amplitude do fazer clínico está direcionada a atender às diversas demandas, bem como crianças, adolescentes, adultos, idosos, visando ajudar na recuperação do sujeito em sofrimento psíquico, na reestruturação de seu bem-estar biopsicossocial e, sobretudo, na promoção da saúde.

Primordialmente, vivemos em uma época de globalização e imediatismo, onde as crianças não utilizam o brincar, somente a tecnologia e o modernismo da era digital. Tais situações refletem em cheio na psicoterapia, onde faz com que o terapeuta de crianças tenha de estar atento à rapidez da informatização e meios de comunicação, utilizando de sua criatividade para criar novas estratégias para acessar o mundo infantil que hoje se estabelece.

Faz-se necessário estar acessível e disponível, incentivando o desenvolvimento saudável e envolvendo os pais no atendimento, os quais devem atuar como auxiliares e co-participantes do processo, estabelecendo uma aliança com o terapeuta, permitindo o bom andamento e resultados favoráveis da psicoterapia.

REFERÊNCIAS

ALFORD, B. A.; BECK, A. T. **O poder integrador da terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed; 2000.

ALLEN, J. *et al.* **A definição europeia de medicina geral e familiar: clínica geral/medicina familiar**. EURACT; 2002.

CLARK, D. M. Implementing the NICE guidelines for depression and anxiety: the IAPT experience. **Int Rev Psychiatry**, v. 23, n. 4, p. 318-327, 2011.

DEAKIN, E. K. NUNES, M. L. T. Investigação em psicoterapia com crianças: uma revisão. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, 2008.

FERRO, A. **A técnica na psicanálise infantil**: a criança e o analista da relação ao campo emocional. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

FULGENCIO, L. O brincar como modelo do método de tratamento psicanalítico. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 42, n. 1, p. 124-136, 2008.

GABBARD, G. Principais modalidades: psicanalítica/psicodinâmica. In: GABBARD, G. O.; BECK, J. S.; HOLMES J. (Ed.). **Compêndio de psicoterapia de Oxford**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 14-29.

KLEIN, M. Princípios psicológicos da análise de crianças pequenas. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 152-163.

PERSONS, J. B.; ROBERTS, N.A.; ZALECKI, C.A.; BRECHWALD, W. A. Naturalistic outcome of case formulation-driven cognitive-behavior therapy for anxious depressed outpatients. **Behav Res Ther.**, v. 44, n. 7, p. 1041-51, 2006.

PIAGET, J. **A psicologia da criança**. São Paulo: DIFEL, 1982.

PIAGET, J. **Psicologia e pedagogia**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

PIAGET, J. **O nascimento da inteligência da criança**. São Paulo: Editora Crítica, 1986.

PIAGET, J. **Seis estudos de psicologia**. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2006.

PUREZA, J. R.; RIBEIRO, A. O.; PUREZA, J. R.; LISBOA, C. S. M. Fundamentos e aplicações da terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Rio Grande do Sul, PA, 2014. Disponível em: https://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=144. Acesso em: 27 nov. 2020.

QUINODOZ, Jean-Michel. **Ler Freud**: guia de leitura da obra de S. Freud. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SOURS, J. Uma abordagem analiticamente orientada à avaliação diagnóstica. In: GLENN, J. (Org.). **Psicanálise e psicoterapia de crianças**. Porto Alegre: Artmed, 1996, p. 373-390.

SZABO, C. B. **Autismo em questão**. São Paulo: MAGEART, 1995.

A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL NA PRÁTICA DA PSICOLOGIA CLÍNICA: UM RELATO DE ESTÁGIO

Emanuele Guimarães³
Jaqueline Conceição⁴

RESUMO

O presente artigo apresenta as técnicas da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), utilizadas durante a prática de estágio supervisionado obrigatório em Psicologia Clínica e da Saúde, de uma acadêmica de Psicologia, da Universidade do Contestado, Campus Canoinhas – SC. O embasamento teórico se deu através da pesquisa bibliográfica, buscando-se em monografias, livros e artigos de plataformas eletrônicas como Scielo. A coleta de dados aconteceu por meio de pesquisa documental através do relatório de estágio da autora do presente artigo. A Psicologia Clínica é um conjunto de prática, teorias e métodos que se ocupa em estudar os transtornos mentais e suas manifestações psíquicas. Ela trabalha na prevenção e na promoção da saúde mental, realizando procedimentos como psicoterapia, avaliações, diagnósticos, encaminhamentos, dentre outros.

Palavras-Chave: Estágio. Psicologia Clínica e da Saúde. Terapia Cognitiva Comportamental.

ABSTRACT

This article presents the techniques of Cognitive Behavioral Therapy (CBT), used during the practice of mandatory supervised internship in Clinical and Health Psychology, of a Psychology student, at the University of Contestado, Campus Canoinhas - SC. The theoretical basis was through bibliographic research, looking for monographs, books and articles on electronic platforms such as Scielo. Data collection took place through documentary research through the internship report of the author of this article. Clinical Psychology is a set of practices, theories and methods that is concerned with studying mental disorders and their psychic manifestations. She works in the prevention and promotion of mental health, performing procedures such as psychotherapy, assessments, diagnoses, referrals, among others.

Keywords: Internship. Clinical and Health Psychology. Compartmental Cognitive Therapy.

³Acadêmica do curso de Psicologia, Universidade do Contestado - UnC, Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: emanuele.guimaraes@aluno.unc.br

⁴Docente do curso de Psicologia da Universidade do Contestado – UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: jaqueline@unc.br

INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta as intervenções realizadas por uma acadêmica durante sua prática de estágio curricular supervisionado obrigatório em Psicologia Clínica e da Saúde, do curso de Psicologia, ministrado pela Universidade do Contestado – UnC, campus Canoinhas, SC.

Segundo Bianchi *et al.* (2005 *apud* BERNARDY; PAZ, 2012, p. 1), o Estágio Supervisionado “é uma experiência em que o aluno mostra sua criatividade, independência e caráter. Essa etapa lhe proporciona uma oportunidade para perceber se a sua escolha profissional corresponde com sua aptidão técnica”. O estágio Supervisionado Obrigatório em Psicologia Clínica e da Saúde é fundamental para a conclusão do curso de Psicologia.

A expressão “Psicologia Clínica” foi usada pela primeira vez em 1896, por Witmer ao se referir a procedimentos de avaliação empregados com crianças retardadas e fisicamente deficientes (TEIXEIRA, 1997). Em 1935, uma declaração do American Psychological Association anunciava que a Psicologia Clínica tinha como finalidade:

Definir capacidades e características de comportamento de um indivíduo através de testes de medição, análise e observação e, integrando esses resultados e dados recebidos de exames físicos e histórico social, fornece sugestões e recomendações, tendo em vista o ajustamento apropriado do indivíduo (MEIRAS, 1987, p. 186 *apud* TEIXEIRA, 1997, p. 53).

Atualmente a Psicologia Clínica pode ser definida como a parte da Psicologia que se ocupa em estudar os transtornos mentais e suas manifestações psíquicas. Ela trabalha com a prevenção e promoção da saúde mental, com a psicoterapia, com avaliações, diagnósticos, encaminhamentos, dentre outros. É um conjunto de prática, teorias e métodos (MIRANDA, 2013).

De acordo com Macedo (1984, p. 8 *apud* TEIXEIRA, 1997, p. 3),

Entendemos que a psicologia clínica se distingue das demais áreas psicológicas muito mais por uma maneira de pensar e atuar, do que pelos problemas que trata. O comportamento, a personalidade, as normas de ação e seus desvios, as relações interpessoais, os processos grupais, evolutivos e de aprendizagem, são objeto de estudo não só de muitos campos da psicologia como também das ciências humanas em geral.

A Psicologia Clínica é uma das áreas da psicologia, a qual tem como objetivo o estudo, a avaliação, o diagnóstico, a ajuda e o tratamento do sofrimento psíquico, qualquer que seja a causa subjacente (BRITO, 2008 *apud* MIRANDA, 2013).

A clínica psicológica deve ser um espaço para a concretização do cuidar, o qual deve ser direcionado através da teoria e das técnicas de forma ética, considerando o ser humano em sua dignidade de sujeito e cidadão. Para que isso aconteça, existe um código de ética que deve ser seguido pelo psicólogo (TEODORO *et al.*, 2013).

Tem-se como objetivo apresentar a experiência de uma acadêmica de Psicologia durante sua prática de estágio curricular supervisionado obrigatório em Psicologia Clínica e da Saúde, apresentando as ferramentas e técnicas da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) utilizadas com os clientes durante as sessões de psicoterapia.

MATERIAL E MÉTODOS

O embasamento teórico do presente artigo se deu através de pesquisa bibliográfica, buscando-se em monografias, livros e artigos de plataformas eletrônicas como Scielo. De acordo com Bellia (2008, p. 21) “a pesquisa bibliográfica baseia-se na consulta a textos, livros, documentos publicados a respeito do problema levantado e que gerou o interesse pela pesquisa”, ou seja, ela utiliza fontes já publicadas.

Também foi utilizada a pesquisa documental, através do relatório de estágio da disciplina de Estágio Curricular Supervisionado Obrigatório em Psicologia Clínica e Saúde da autora deste artigo. O relatório de estágio foi elaborado durante o período de estágio *in loco* e tido como exigência para obtenção de nota na disciplina ofertada pelo curso de Psicologia, ministrado pela Universidade do Contestado – UnC, campus Canoinhas, SC.

Segundo Pádua (1997, p. 62 *apud* PIANA, 2009, p. 122):

Pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na investigação histórica, afim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências [...]

O período de realização do estágio ocorreu entre os meses de fevereiro de 2020 a dezembro de 2020. Foram realizados atendimentos na abordagem da terapia cognitiva comportamental (TCC). Foram atendidos sete clientes, tendo em média 7 sessões por cliente, salvo os atendimentos de triagem.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os atendimentos foram intercalados entre escutas psicológicas e ferramentas e técnicas da abordagem TCC.

PANORAMA DAS INTERVENÇÕES

Na psicoterapia cognitiva comportamental, o psicoterapeuta escolhe as técnicas que irá aplicar de acordo com cada cliente e com as metas que deseja atingir em cada sessão. A teoria cognitiva comportamental possui várias ferramentas e técnicas, das quais, algumas foram utilizadas durante os atendimentos. E estão expostas no quadro 1.

Quadro 1 – Panorama das intervenções

Cliente	Idade	Queixa principal	Técnicas	Número de sessões
01	20 anos	Estresse relacionado ao trabalho	Triagem	01
02a	6 anos	Comportamento na escola	Triagem	01
02b	6 anos	Comportamento na escola	Triagem	01
03	43 anos	Problemas com a filha	Triagem	01
04	16 anos	Sintomas ansiosos e depressivos	Relaxamento de Jacobson	09
			Questionamento socrático	
			Entrevista de avaliação e feedback de psicoterapia	
05	33 anos	Crise de ansiedade com sintomas físicos	Carta de libertação	05
			Entrevista de avaliação e feedback de psicoterapia	
06	33 anos	Ansiedade	Roda da vida	08
			SWOT	
			Entrevista de avaliação e feedback de psicoterapia	

Fonte: Produzido pelas autoras.

Na primeira coluna consta a identificação dos clientes, onde foi utilizada identificação numérica devido ao sigilo e a ética. “É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional” (CFP, 2005, p.13).

A idade representa a faixa etária em que o cliente está inserido, isso permite ao psicoterapeuta reconhecer as individualidades de cada fase do desenvolvimento humano. Reconhecer essas individualidades torna esses profissionais aptos para a observação e interpretação dos comportamentos (BOCK, 2008).

A queixa principal se manifesta através de conteúdos verbais relacionados a um problema ou situação que incomoda ou gera sofrimento ao paciente, ou seja, ela é extremamente importante para a compreensão do caso, elaboração do plano de ação terapêutico e diagnóstico psicológico (BRANCO, 2019).

O psicólogo pode realizar o manejo de diversas técnicas durante as sessões de psicoterapia. As técnicas dispostas no Quadro 1, serão apresentadas a seguir.

A TCC visa trabalhar de forma breve, estruturada, orientada ao presente, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais (BECK, 2007). Sendo assim, foram realizadas em média 7 sessões por cliente, salvo os atendimentos de triagem.

TRIAGEM NA TCC

A triagem é “a tarefa de procurar um significado para as perturbações trazidas pelo paciente e de ajudá-lo a descobrir recursos que o aliviem” (MARQUES, 2005, p. 162 *apud* GASPODINI; BUAES, 2014, p. 2). É nela que são coletadas as informações sobre a vida do cliente e onde ocorre a elaboração das hipóteses diagnósticas para posteriormente serem realizados os encaminhamentos necessários.

Na prática clínica da autora deste artigo, foram utilizados dois questionários de anamnese durante a triagem. Um deles solicitava os dados pessoais do cliente, se o mesmo utilizava medicamentos, o motivo do encaminhamento e qual o profissional que o havia encaminhado. O outro, solicitava os dados sobre a família,

nome dos pais, cônjuge, irmãos, filhos, madrasta/padrasto, se alguém da família utilizava medicamentos e quais eram esses medicamentos.

QUESTIONAMENTO SOCRÁTICO

Segundo Wright, Basco e Thase (2008 *apud* VIEIRA; MARQUES, 2016), o questionamento socrático usado na TCC possui como objetivo ajudar os clientes a reconhecerem e modificarem o pensamento disadaptativo. Esse tipo de questionamento consiste em fazer perguntas ao cliente, que estimulem a curiosidade e o desejo de inquirir. O psicoterapeuta faz várias perguntas indutivas para expor padrões disfuncionais de pensamento ou comportamento e, assim, tenta fazer com que o cliente se envolva no processo de aprendizagem. Ele é realizado por meio de interrogações que desafiam os pensamentos e as crenças disfuncionais do cliente, para que ele reelabore essas crenças e elas se tornem menos disfuncionais. Esse método foi utilizado durante os atendimentos como forma de conduzir os clientes a elaborarem por si próprios as respostas aos seus questionamentos.

SWOT

Também conhecida como FOFA, foi criada por Kenneth Andrews e Roland Cristensen, professores da Harvard Business School. Trata-se de uma ferramenta que estuda a competitividade de uma organização de acordo com quatro variáveis: Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças). Através delas, é possível fazer um inventário das forças e fraquezas da empresa, das oportunidades e ameaças do meio em que ela atua. Quando os pontos fortes de uma organização estão alinhados com os fatores críticos de sucesso para satisfazer as oportunidades de mercado, a empresa será por certo, competitiva no longo prazo (RODRIGUES *et al.*, 2005 *apud* SILVA *et al.*, 2011).

A análise SWOT é uma das práticas mais comuns voltadas para o pensamento estratégico das empresas, sendo uma ferramenta essencial para uma organização, pois através dela a empresa consegue ter uma visão clara e objetiva

sobre quais são suas forças e fraquezas no ambiente interno e suas oportunidades e ameaças no ambiente externo, oferecendo, dessa forma, oportunidades aos gestores de elaborar estratégias para obter vantagem competitiva e melhorar o desempenho organizacional (SOUZA *et al.*, 2013).

Apesar de ser uma ferramenta criada para fins organizacionais, a análise SWOT também pode ser utilizada na clínica psicológica como ferramenta de autoconhecimento e planejamento de vida (Quadro 2). Quando realizada a análise SWOT voltada para a vida pessoal, o indivíduo consegue se conhecer melhor, identificar seus pontos fortes e verificar em quais aspectos precisa melhorar. Também consegue definir um plano de ação para vencer os obstáculos, fortalecer seus talentos e competências, verificar quais suas possibilidades, estabelecer suas metas e buscar a realização dos seus objetivos.

Quadro 2 – Ferramenta FOFA

Quadro 2 – Ferramenta SWOT

INTERNO			
P O S I T I V O	FORTALEZAS 1- O que você faz bem? 2- Para quais recursos únicos você pode apelar? 3- Quais fortalezas os outros lhe atribuem?	FRAQUEZAS 1- O que você precisa melhorar? 2- Onde você tem menos recursos que os demais? 3- Quais são as fraquezas que os outros podem lhe apontar?	N E G A T I V O
	OPORTUNIDADES 1- Quais são as oportunidades que estão se abrindo? 2- Quais são as tendências que você pode aproveitar? 3- Como você pode transformar suas fortalezas em oportunidades?	AMEAÇAS 1- Quais são as tendências que podem lhe afetar? 2- O que sua concorrência faz? 3- Suas fraquezas lhe expõem a que ameaças?	
EXTERNO			

Fonte: Produzido pelas autoras.

RODA DA VIDA

A roda da vida é uma técnica de autoanálise sobre as diversas áreas que compõem a vida de um ser humano, ela favorece a tomada de consciência sobre o momento vital no qual o indivíduo se encontra e os aspectos que devem ser trabalhados para melhorar e alcançar maior satisfação. É uma técnica que pode ser utilizada com o intuito de obter uma percepção e perspectiva maiores em relação às esferas que fazem parte do dia-a-dia do indivíduo; identificar a importância que o indivíduo outorga aos diferentes âmbitos vitais e de quais requerem mais trabalho; avaliar o nível de satisfação, tanto global como parcial, ou por aspectos; facilitar o processo de tomada de decisões em respeito às áreas que o indivíduo deve melhorar por meio da clarificação mental; estimular a ação, uma vez que torna a direção na qual o indivíduo deve focar suas energias e esforços mais clara; promover a motivação, uma vez que proporciona um foco e fomenta a definição e planificação de objetivos, e; permitir a visualização dos progressos realizados ao longo do tempo, se for elaborada de forma regular (SACHWEH; CONCEIÇÃO, 2020).

Devido à dificuldade da cliente em adentrar ao processo psicoterapêutico, a estagiária utilizou esta técnica com o objetivo de mensurar o grau de satisfação dela perante algumas áreas que compõem a vida do ser humano (pessoal, profissional, relacionamentos, qualidade de vida). Através da utilização da técnica foi possível realizar a hipótese diagnóstica de depressão, a qual não havia sido verificada anteriormente devido ao bloqueio da cliente.

Nesta técnica, é solicitado que o cliente pinte com lápis de cor as áreas da vida de acordo com o grau de satisfação que sente em relação a cada uma delas. Após esse procedimento, o psicoterapeuta pode perguntar quais os recursos internos e externos que limitam o cliente a aumentar o grau de satisfação em cada uma das áreas expostas na roda da vida e quais os recursos ilimitados que ele pode utilizar-se para obter maior satisfação nessas áreas.

CARTA DE LIBERTAÇÃO

A carta de libertação é uma técnica que possui como objetivo, fazer com que o cliente se liberte mentalmente e emocionalmente das suas experiências

traumáticas e desafiadoras do passado, que ele ressignifique o passado através de um novo olhar mais saudável para a situação vivida e para que ele possa extrair o aprendizado da experiência e escolher como o levará para o seu futuro (CONCEIÇÃO, 2020).

Nessa técnica o cliente escreve uma carta para si, onde deve colocar tudo o que lembra da experiência vivida, todos os detalhes significativos, utilizando verbos no passado. Após, ele deve trazer essa escrita para o presente e ressignificar a experiência, escrever quais foram os aprendizados que extraiu da situação. Ele também deve fazer uma ponte para o futuro, escrevendo como enfrentará sua vida, como lidará com situações/pessoas semelhantes, registrando os novos recursos internos que ativou com a libertação mental e emocional. No final, o cliente deve rasgar a carta em pedacinhos e queimá-la no fogo (CONCEIÇÃO, 2020).

Esta técnica foi utilizada com o objetivo de possibilitar a uma cliente a libertação das experiências traumáticas que viveu no passado, devido a um relacionamento abusivo.

RELAXAMENTO DE JACOBSON

Edmund Jacobson desenvolveu a técnica chamada Relaxamento Progressivo, que tinha como objetivo levar o indivíduo a um estado profundo de relaxamento muscular. Ele acreditava que a técnica poderia reduzir grande ativação da parte central do sistema nervoso e da divisão autônoma do sistema nervoso, podendo assim, restaurar ou promover bem-estar. A técnica prepara o indivíduo para identificar onde se localizam as tensões musculares e relaxá-las. Segundo Jacobson, através da soltura muscular, alcança-se alteração no estado emocional (NOVAES; SANTOS, 2016). Esta técnica pode proporcionar ao cliente a redução de sintomas físicos de estresse, ansiedade, proporcionar melhora no sono, ajudando a enfrentar outras questões no dia a dia (como trabalho e estudos). A técnica foi utilizada com um cliente que possuía como queixa primária sintomas de ansiedade e depressão.

O relaxamento de Jacobson possui os seguintes passos:

1. Colocar-se em uma posição confortável, fechar os olhos e permanecer assim por alguns minutos.

2. Levantar o braço direito, fechar o punho, sentindo o retesamento dos músculos. Fazer a desconcentração de modo lento e gradual, deixando o braço cair.
3. Realizar o mesmo exercício com o braço esquerdo.
4. Realizar o exercício com ambos os braços.
5. Realizar a flexão plantar do pé direito. Fazer a desconcentração de modo gradual e lento.
6. Executar o mesmo exercício para a perna esquerda.
7. Realizar o mesmo exercício com ambas as pernas.
8. Sentar-se numa posição confortável.
9. Colocar as mãos sobre o abdome.
10. Inspirar lenta e profundamente através do nariz. Segurar o ar por alguns segundos.
11. Expirar todo esse ar lentamente pela boca.
12. Repetir os passos 10 e 11 por 5 vezes
13. Enrugar a testa, levantando com força as sobrancelhas e, em seguida, relaxar lentamente a testa e as sobrancelhas.
14. Contrair as sobrancelhas e depois relaxar lentamente.
15. Mesmo com os olhos fechados, fazer o movimento de olhar para a esquerda, relaxando em seguida, depois o movimento de olhar para a direita e relaxar. Repetir até sentir relaxamento da musculatura dos olhos.
16. Com os olhos fechados, iniciar uma contagem até 10, em voz alta, conscientizando-se do trabalho dos músculos envolvidos na fala.
17. Iniciar contagem regressiva a partir do 10, diminuindo também progressivamente a tonalidade da voz.
18. Fazer uma contagem regressiva a partir do 10, somente utilizando o pensamento.

Permanecer nessa posição de relaxamento por aproximadamente dez minutos e promover uma volta gradual ao estado normal, evitando uma passagem brusca para qualquer outro tipo de atividade.

ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO E FEEDBACK DE PSICOTERAPIA

Sullivan (1970, p. 4 *apud* ALMEIDA, 2004), define a entrevista psicológica como uma situação de comunicação verbal entre duas pessoas, ela possui como propósito elucidar formas características da vida das pessoas entrevistadas. Pode também ser definida como uma relação humana na qual um dos integrantes deve procurar saber o que está acontecendo e deve atuar segundo esse conhecimento (BLEGER, 1998 *apud* OLIVEIRA, 2005).

Foi elaborado um questionário de feedback, contendo doze perguntas, o qual foi aplicado no final da psicoterapia. Esse questionário está disposto abaixo.

1. O que você tem alcançado após a psicoterapia?
2. Como você se compara com o que você planejou e conseguiu?
3. Como você tem apreciado seu tempo em relação as suas prioridades e tarefas?
4. Quais foram os seus melhores desempenhos?
5. Quais foram os seus piores desempenhos?
6. Qual análise que você faz dos desempenhos?
7. O que foi mais desafiador para você? (Durante a psicoterapia)
8. Como você superou isso?
9. Com quem você pode buscar feedback sobre o seu desempenho?
10. Em geral, a visão interior que você ganhou na sua experiência na psicoterapia, vai ser aplicada quando e como no seu futuro?
11. O que você tem a comemorar?
12. Quais mudanças você experimentou nesta experiência na psicoterapia?

CONCLUSÃO

A Psicologia Clínica é a área da Psicologia que se propõem a trabalhar os transtornos mentais, utilizando-se de várias ferramentas e técnicas durante em sua prática. As técnicas descritas pela autora deste artigo são apenas algumas, das várias técnicas disponíveis na abordagem da TCC. As técnicas utilizadas com os clientes durante a prática clínica elucidaram a queixa principal e as demandas levantadas posteriormente.

O estágio curricular supervisionado obrigatório é o local onde os acadêmicos têm a oportunidade de correlacionar teoria e prática, tornando-se indispensável para a formação, uma vez que prepara o acadêmico para atuar em sua futura prática profissional.

O estágio curricular supervisionado em Psicologia Clínica e da Saúde, proporcionou à acadêmica o contato com situações e contextos, permitindo que conhecimentos, habilidades e atitudes se concretizassem em ações profissionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. V. A entrevista psicológica como um processo dinâmico e criativo. **PSIC**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 34-39, jun. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142004000100005>. Acesso em: 15 nov. 2020.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva**: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BELLIA, Rogério Aparecida Camargo Lima. **Material didático**: falando sobre pesquisa. 2008. Disponível em: <http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/producoes_pde/md_neide_regina_usso_barreto.pdf>. Acesso em: 14 nov.2020.

BERNARDY, K.; PAZ, D. M. T. **Importância do estágio supervisionado para a formação de professores**. 2012. Disponível em: <<https://home.unicruz.edu.br/seminario/anais/anais-2012/ccs/importancia%20do%20estagio%20supervisionado%20para%20a%20formacao%20de%20professores.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2020.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias**: uma introdução ao estudo de Psicologia. 14.ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

BRANCO, P. C. C. **Do acolhimento da queixa à compreensão da demanda na terapia centrada no cliente**. 2019. Disponível em:<https://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=309>. Acesso em: 15 nov. 2020.

CFP. **Código de ética profissional do psicólogo**. 2005. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2020.

CONCEIÇÃO, J. Técnica 96: carta de libertação. *In*: CONCEIÇÃO, J.; BUENO, G. **101 Técnicas da terapia cognitivo-comportamental**. Mafra, SC: Ed. da UnC, 2020. p. 160-161. Disponível em: <<https://unicontestadosite.s3.amazonaws.com/site/biblioteca/ebook/101%20T%C3%>

A9cnicas%20da%20Terapia%20Cognitivo-Comportamental.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2020. E-book.

GASPODINI, I. B.; BUAES, C. S. **Compreensão integral do sofrimento humano na triagem psicológica em clínica-escola**. 2014. Disponível em: <https://www.imed.edu.br/Uploads/micimed2014_submission_21.pdf>. Acesso em: 07 nov.2020.

MIRANDA, A. B. S. **O que é psicologia clínica?** 2013. Disponível em: <<https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-clinica/o-que-e-psicologia-clinica>>. Acesso em: 02 maio 2020

NOVAES, L. C.; SANTOS, M. F. **Técnicas de relaxamento**. 2016. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5415862/mod_resource/content/1/T%C3%A9cnicas%20de%20Relaxamento.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2020.

OLIVEIRA, M. F. **Entrevista psicológica: o caminho para aceder ao outro**. 2005. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0031.PDF>>. Acesso em: 18 nov. 2020.

PEREIRA, M. D. P.; OLIVEIRA, L. C.; COSTA, C. F. T.; BEZERRA, C. M. O.; PEREIRA, M. D.; PIZZANI, L.; SILVA, R. C.; BELLO, S. F.; HAYASHI, M. C. P. I.. A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. **RDBCI: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Campinas, v. 10, n. 2, p. 53–66, 2012. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZC7h_gEb7DoJ:https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/1896+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 13 nov. 2020.

PIANA, M. C.. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. E-book.

SACHWEH, E. S.; CONCEIÇÃO, J.. Técnica 16: roda da vida. In: CONCEIÇÃO, J.; BUENO, G. **101 Técnicas da terapia cognitivo-comportamental**. Mafra, SC: Ed. da UnC, 2020. p. 35-38. Disponível em: <<https://unicontestadosite.s3.amazonaws.com/site/biblioteca/ebook/101%20T%C3%A9cnicas%20da%20Terapia%20Cognitivo-Comportamental.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2020. E-book.

SILVA, A. A.; SILVA, N. S.; BARBOSA, V. A.; HENRIQUE, M. R.; BAPTISTA, J. A.. **A utilização da Matriz Swot como ferramenta estratégica: um estudo de caso em uma escola de idioma de São Paulo**. 2011. Disponível em: <<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos11/26714255.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2020.

SILVA, J. R. S.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista social de história e ciências sociais**, v.1, n. 1, jul. 2009. Disponível em: <<https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>>. Acesso em: 13 nov. 2020.

SOUZA, L. P. S. et al. Matriz Swot como ferramenta de gestão para melhoria da assistência de enfermagem: estudo de caso em um hospital de ensino. **Gestão e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 1633-1643, ago. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/207>>. Acesso em: 06 nov. 2020.

TEIXEIRA, R. P. Repensando a psicologia clínica. **Paidéia**, Ribeirão Preto, n. 12-13, p. 51-62, fev./ago. 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1997000100005>. Acesso em: 03 maio 2020.

TEODORO, C. et al. **A ÉTICA DO CUIDAR**. 2013. Disponível em: <<http://aeticadocuidar.blogspot.com/2013/10/psicologia-clinica-e-o-codigo-de-etica.html>>. Acesso em: 06 maio 2020.

VIEIRA, T. C.; MARQUES, E. L. L. **Possíveis estratégias e técnicas de manejo para o transtorno bipolar na perspectiva cognitivo-comportamental**. 2016. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0418.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2020.

TÉCNICAS DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM PSICOTERAPIA: UM RELATO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Milena Carvalho Santos⁵
Jaqueline Conceição⁶

RESUMO

O presente estudo de caso apresenta a experiência do Estágio Curricular Obrigatório em Psicologia Clínica e da Saúde de 2020, ressaltando a demanda e as técnicas utilizadas nos atendimentos na clínica escola da Universidade. O presente artigo utilizou-se da pesquisa bibliográfica como abordagem e o estudo de caso. Em forma de quadro foram descritas as técnicas utilizadas durante os atendimentos com o paciente, desde as triagens para estabelecimento de vínculo e confiança do paciente, até a aplicação de intervenções, sendo elas técnicas durante as sessões de atendimento. A partir do levantamento de dados dos pacientes e as técnicas aplicadas, discutiram-se as idades, psicopatologias como queixas, os números de sessões e a conclusão dos atendimentos.

Palavras-Chave: Atendimento Clínico. Psicologia. Técnicas.

ABSTRACT

The present case study presents an experience of the Compulsory Curricular Internship in Clinical and Health Psychology of 2020, highlighting the demand and the techniques used in the attendance at the University's clinical school. This article uses bibliographic research as an approach and the case study. In the form of a table were the techniques used during the consultation with the patient, from the screenings to establish the patient's bond and trust, to the application of treatment, which are techniques during care. From the survey of patient data and as applied techniques, it was discussed how ages, psychopathologies as complaints, the numbers of completion and completion of care

Keywords: Clinical Care. Psychology. Techniques.

INTRODUÇÃO

A Psicologia é a ciência que estuda o comportamento humano e todas as esferas que o constitui. A Psicologia enquanto um ramo da Filosofia estudava a

⁵Acadêmica do curso de Psicologia, Universidade do Contestado - UnC, Canoinhas/SC, e-mail: milena.santos@aluno.unc.br

⁶Docente do curso de Psicologia da Universidade do Contestado – UnC Canoinhas.SC. Brasil. E-mail: jaqueline@unc.br

alma. A Psicologia científica nasce quando, de acordo com os padrões de ciência do século 19, Wundt preconiza a Psicologia “sem alma”. O conhecimento científico passa a ser aquele produzido em laboratórios, com o uso de instrumentos de observação e medição. Se antes a Psicologia estava empregada à Filosofia, então ela passa a ligar-se à Medicina. As três mais importantes tendências teóricas da Psicologia neste século são consideradas por inúmeros autores como sendo o Behaviorismo, a Gestalt e a Psicanálise (BOCK, 1999).

O Estágio Curricular Supervisionado Obrigatório (ECSO) em Psicologia Clínica e da Saúde é um campo de aplicação dos conhecimentos originários da ciência psicológica às questões relacionadas ao estudo dos distúrbios mentais, seus sintomas, causas, tratamentos e intervenções psíquicas, tendo como objetivo, observar e compreender a demanda do sujeito para, posteriormente, intervir. O Estágio Curricular Supervisionado aconteceu no Núcleo de Serviços de Psicologia, clínica escola.

O termo Psicologia Clínica foi usado pela primeira vez pelo americano Lightner Witmer, pois foi ele quem fundou a primeira clínica de Psicologia na Universidade da Pensilvânia nos Estados Unidos, onde eram tratadas algumas crianças com queixas escolares. Para Moreira (2007) a clínica psicológica tem suas raízes no modelo médico, no qual cabe ao profissional observar e compreender para, posteriormente, intervir, isto é, remediar, tratar, curar. Portanto, a clínica psicológica, esteve por um bom tempo, diante das questões sociais.

De acordo com Teixeira (2007) de início a clínica psicológica caracterizou-se por um sistema de atenção voltada ao indivíduo, esse atendimento esteve vinculado ao modelo médico, sobretudo na década de 30 com a evolução do psicodiagnóstico. Diante disso, o autor se refere à concepção clássica de Psicologia Clínica, uma disciplina que tem como preocupação o ajustamento psicológico do indivíduo.

Sendo assim, o termo Psicologia da Saúde há a correlação de um agravo aos sistemas orgânicos, que não se restringe a outra área da Psicologia, sendo esta Psicologia Hospitalar.

Foi no início da década de 60 que Aaron T. Beck desenvolveu uma forma de psicoterapia, a qual denominou “terapia cognitiva”. Cognição é o ato ou processo da aquisição do conhecimento que se dá através da percepção, atenção, associação, memória, raciocínio, juízo, imaginação, pensamento e linguagem. Os termos terapia

cognitiva (TC) e o termo genérico terapia cognitivo-comportamental (TCC) são usados com frequência como sinônimos para descrever psicoterapias baseadas no modelo cognitivo. A TCC é um termo amplo que inclui tanto a TC padrão quanto as combinações teóricas de estratégias cognitivas e comportamentais. Em todas as formas de terapia cognitivo-comportamental derivadas do modelo de Beck, o tratamento está baseado em uma formulação cognitiva, as crenças e estratégias comportamentais que caracterizam um transtorno específico (ALFORD; BECK, 1997).

Também, baseado no tratamento da terapia cognitivo-comportamental, a compreensão de cada paciente (suas crenças específicas e padrões de comportamento), o psicólogo busca produzir várias formas de mudança cognitiva, modificação do pensamento e no sistema de crenças do paciente, para assim produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura.

Dentre as técnicas da TCC se incluem, questionamento socrático, experimentos comportamentais, role plays, imaginários, listas de vantagens e desvantagens, solução de problemas, tomadas de decisões, focalização, relaxamento e mindfulness, cartão de enfrentamento, prescrição gradual de tarefas, exposição, dramatização, a técnica da “torta”, auto comparações e listas de méritos.

Sendo assim, este artigo tem como objetivo apresentar a experiência do Estágio Curricular Obrigatório em Psicologia Clínica e da Saúde de 2020, ressaltando a demanda e as técnicas utilizadas nos atendimentos na clínica escola da Universidade.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente artigo utilizou-se da pesquisa bibliográfica como abordagem e o estudo de caso.

A pesquisa bibliográfica nada mais é que a revisão da literatura sobre as principais teorias que norteiam o trabalho científico:

a pesquisa bibliográfica busca a resolução de um problema (hipótese) por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições científicas. Esse tipo de pesquisa trará subsídios para o conhecimento sobre o que foi pesquisado, como e sob que enfoque e/ou perspectivas foi tratado o assunto apresentado na literatura científica. Para

tanto, é de suma importância que o pesquisador realize um planejamento sistemático do processo de pesquisa, compreendendo desde a definição temática, passando pela construção lógica do trabalho até a decisão da sua forma de comunicação e divulgação. (BOCCATO, 2006, p. 266).

Segundo Yin (2005), em geral, os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo ‘como’ e ‘por que’, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apresentar-se-á neste item os resultados obtidos durante o período de estágio clínico obrigatório no Núcleo de Serviços em Psicologia dentro da Universidade, com os atendimentos realizados e as técnicas realizadas.

DEMANDA CLÍNICA

Abaixo, apresentar-se-á no quadro 1, a demanda clínica durante as psicoterapias realizadas na clínica-escola em 2020, nela encontra-se o nome fictício do paciente, idade, queixa principal, conduta, técnicas, número de sessões e a conclusão das sessões atendidas.

Quanto ao sigilo profissional, segundo o Código de Ética Profissional do Psicólogo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005, p.13) “Art. 9º – É dever do Psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional”. Esse é um dos principais deveres do psicólogo, rege tanto pela questão da confidencialidade como da privacidade, pois a pessoa confia no resguardo das informações e na limitação de acesso a sua intimidade, seus segredos e sua pessoa.

Quadro1 – Demanda atendida

Nome Fictício:	Idade:	Queixa Principal:	Técnicas:	Número de Sessões:	Conclusão:
Paris	41	Transtorno Bipolar Afetivo	Triagem Anamnese Roda da Vida; Gerenciamento de estresse; Relaxamento Progressivo; Avaliação de Psicoterapia.	8	Encaminhou para Núcleo de Serviços em Psicologia
Tóquio	18	Depressão e Ansiedade	Triagem; Anamnese; Roda da Vida; FOFA; Questionário Socrático. Avaliação de Psicoterapia.	7	Alta
Chicago	25	Relacionamento familiar	Triagem; Anamnese; Roda da Vida; Mindfulness; FOFA; Avaliação de Psicoterapia.	8	Alta
Irlanda	18	Ansiedade	Triagem; Anamnese;	3	Desistência voluntária.
China	12	Abuso Sexual	Triagem; Anamnese	3	Encaminhada para o Programa de Acolhimento de Crianças e Adolescentes

Fonte: Carvalho e Conceição (2020)

Na primeira coluna, apresentou-se os nomes fictícios e na segunda as idades dos pacientes, é notório que a maioria do público atendido foi adolescentes. Na terceira coluna apresentou-se as queixas principais, em que cada paciente apresentou queixas distintas. Na quarta coluna apresentou-se as técnicas que foram aplicadas com enfoque nas queixas apresentadas pelos pacientes, na quinta coluna apresentou-se os números de sessões e a última coluna apresenta a conclusão dos atendimentos, se eles ganharam alta ou foram encaminhados para outros atendimentos.

O MODELO COGNITIVO COMPORTAMENTAL E A TRÍADE COGNITIVA

A Terapia Cognitivo Comportamental surgiu de questionamentos feitos a partir do modelo Behaviorista, este modelo acreditava que a partir do comportamento

emitido em respostas ao ambiente, o fortalecimento ou enfraquecimento do comportamento, dependesse da presença ou ausência de algum reforço ou punição, o Behaviorismo radical de Skinner rejeitava os mecanismos mentais, pois não via utilidade em seus conteúdos.

Contudo, alguns psicólogos levaram em conta o propósito e o plano para o comportamento, Edward Tolman (1886-1959), considerado um dos precursores da Psicologia Cognitiva moderna, acreditava que todo comportamento era dirigido a um objetivo. A partir disso, o Modelo Cognitivo foi se desenvolvendo.

A TCC tem como instrumento de trabalho a Tríade Cognitiva, que é uma relação entre as visões do indivíduo sobre o self, o mundo e o futuro, e essa visão induz o paciente a perceber as suas experiências de forma única e específica (BECK, RUSH, SHAW, EMERY, 1997). A tríade é representada pela visão negativa de si mesmo, na qual a pessoa se vê inferiorizada, por exemplo: “Eu não tenho condições de fazer isto”, pela visão negativa do mundo, que inclui a visão negativa dos outros, do relacionamento afetivo, do relacionamento de trabalho, em relação a suas atividades, por exemplo: “Ela não valoriza o que eu faço”, e a visão negativa do futuro, caracterizada pela ideia de desesperança, por exemplo: “Eu não vou conseguir melhorar”.

Portanto, quando a tríade cognitiva está afetada pelo humor deprimido, por exemplo, ela tende a ter um desenvolvimento de visão negativa de si, do mundo e do futuro.

ESQUEMAS COGNITIVOS E CRENÇAS CENTRAIS

Os esquemas cognitivos consistem em estruturas mentais que as pessoas desenvolvem desde quando crianças, acerca de si mesmo, das pessoas ao seu redor e do mundo. Estes esquemas vão influenciar o modo como as pessoas interpretam o mundo e as coisas. Os esquemas, após serem desenvolvidos, servem como modelos para o processamento das experiências ulteriores e acabam desembocando em confirmações automáticas e circulares dos próprios esquemas (CALLEGARO, 2011).

As crenças são estruturas que são formadas ao longo do tempo, iniciando-se já nos primeiros anos de vida (BECK, 1997). As crenças são ideias ou esquemas

que cada pessoa desenvolve ao longo da sua vida, são formas que a criança tem de extrair sentido do seu ambiente. As crenças centrais têm relação aos entendimentos que as pessoas têm sobre elas mesmas, sobre o mundo, sobre o futuro e outras pessoas.

As crenças são consideradas verdades absolutas, como exemplos de crenças centrais podemos citar: “sou fraca”, “sou amável”, “sou incapaz”, “eu sou um ser humano funcional”, “preciso sempre agradar os outros”, “eu sou digno (BECK, 1997). As crenças centrais podem ser divididas em crenças centrais sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o mundo.

FERRAMENTAS DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL (TÉCNICAS)

Na Terapia Cognitivo-Comportamental o psicólogo faz o uso de várias técnicas para intervenção com cada paciente, depois de fazer a identificação dos problemas e compreender o que está por trás deles. Sendo assim, o uso de técnicas se dá através das particularidades e demandas referente ao grau de sofrimento do paciente.

Entre as técnicas da TCC se incluem: questionamento socrático, experimentos comportamentais, role plays, imaginários, listas de vantagens e desvantagens, solução de problemas, tomadas de decisões, focalização, relaxamento e mindfulness, cartão de enfrentamento, prescrição gradual de tarefas, exposição, dramatização, a técnica da “torta”, auto comparações e listas de méritos (BECK et al., 1979; BECK; EMERY, 1985; LEAHY; MCMULLIN, 1986).

TOMADAS DE DECISÕES

Beck (2013) afirma que muitos pacientes especialmente os que estão deprimidos têm dificuldade para tomar decisões. Quando o paciente quer a sua ajuda nessa área, pede-se ao paciente que liste as vantagens e desvantagens de cada opção, e então ajuda o paciente a imaginar um sistema de pensar para pesar cada item e tirar uma conclusão sobre qual opção parece ser a melhor.

RELAXAMENTO E MINDFULNESS

Sabe-se que existem vários tipos de relaxamento incluindo o relaxamento muscular progressivo, o uso do imaginário e o controle de respiração. Como acontece com outras técnicas, você vai propor que o paciente tente o relaxamento como um experimento, então, ele ajudará a reduzir a ansiedade, ou levará a pensamentos ansiosos que poderão ser avaliados (Beck 2013 *apud* Barlow 2002).

Já a técnica chamada Mindfulness ajuda o paciente a observar e aceitar sem julgamentos suas experiências internas, sem avaliar ou tentar mudá-las. Um pequeno resumo das técnicas, particularmente para pessoas que apresentam ruminação (BECK 2013).

RODA DA VIDA

A Roda da Vida basicamente é um círculo, dividido em áreas de sua vida que você considera mais importantes. Em média são utilizadas de 6 a 12 áreas, mas você pode colocar quantas áreas achar fundamentais para o seu sucesso. Segundo Endler (2018), a origem da Roda da Vida é atribuída ao americano Paul J. Meyer, nos anos 60. Ele viveu durante a Grande Depressão e lutou na Segunda Guerra Mundial.

RELAXAMENTO DE JACOBSON

Jacobson (1938) desenvolveu a técnica chamada Relaxamento Progressivo, que tinha como objetivo levar o indivíduo a um estado profundo de relaxamento muscular. Acreditava-se que essa técnica poderia reduzir a grande ativação da parte central do sistema nervoso e da divisão autônoma do sistema nervoso e assim, restaurar ou promover bem-estar.

QUESTIONAMENTO SOCRÁTICO

Segundo Melo (2020), a técnica do questionamento socrático é estruturada por uma série de questões intencionalmente elaboradas, a partir das definições de

objetivos no decorrer da terapia. Consiste em fazer perguntas ao paciente destinadas a facilitar seu pensamento independente e sua auto exploração. Ao invés instruir diretamente o paciente, o terapeuta tenta fazer com que ele se envolva no processo de descoberta, o que é muito mais poderoso em termos de aprendizagem.

GERENCIAMENTO DE ESTRESSE

O Gerenciamento do Estresse foi uma técnica utilizada na prática clínica para o paciente conseguir perceber quais os fatores estressores que implicam em sua vida e a partir disso conseguir controlar. Lipp define estresse como uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz (LIPP, 1996, p. 20).

FOFA

Segundo Thibes (2019), análise FOFA é uma metodologia de planejamento estratégico para descobrir forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. Assim, os cenários interno e externo são verificados para traçar estratégias acertadas e tomar decisões corretas.

AValiação DE PSICOTERAPIA

A Avaliação de Psicoterapia é uma revisão crítica que o paciente faz no seu último dia de sessão quando é solicitado para que responda algumas perguntas que nortearam seu processo terapêutico.

CONCLUSÃO

A Psicologia é uma ciência que estuda o comportamento humano e todas as esferas que o constitui, possibilita o conhecimento abrangente sobre emoções, sentimentos e comportamentos.

A realização do Estágio Supervisionado Obrigatório em Psicologia Clínica e da Saúde permitiu o contato com situações e contextos, permitindo que os conhecimentos, habilidades e atitudes se concretizassem com a experiência dos atendimentos psicológicos na realidade clínica e na área da saúde.

Os semestres de estágio foram motivos de superações, o enfrentamento desde a chamada na sala de espera dos pacientes, ou clientes conforme terminologia na abordagem da TCC, bem como o contrato, as triagens, as intervenções, as avaliações e os encerramentos, possibilitar a utilizar as ferramentas da Psicologia, com práticas integrativas voltadas para o desenvolvimento das competências, habilidades e conhecimentos do profissional da Psicologia no contexto clínico.

Foi possível identificar algumas características comuns das demandas, conforme a abordagem da TCC apresentar algumas bases para atendimento clínico, como, identificação de crenças, pensamentos, sentimentos, emoções, tríade cognitiva, entre outros. Foram feitas primeiramente a triagem e após, a aplicação de técnicas voltadas à abordagem Terapia Cognitivo Comportamental. Com isso, o desenvolvimento de competências de planejamento, de aplicação, do desenvolvimento de relatos e aplicação das práxis Psi foram essenciais neste período.

Ressalta-se que os atendimentos aconteceram de modo individual e as supervisões com o professor orientador ocorreram de modo semanal. De modo geral, mesmo em um ano de Pandemia da COVID-19, foi possível cumprir os deveres enquanto estagiária, desde carga horária até estudos, atendimentos e produção do conhecimento, respeitando as normas e protocolos de segurança.

REFERÊNCIAS

BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva**: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental**: teoria e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BOCCATO, V. R. C. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. **Rev. Odontol. Univ.** São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias**: uma introdução ao estudo da psicologia. São Paulo: Saraiva, 1999.

CALLEGARO, M.M. **O novo inconsciente**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LIPP, M. E. N. **Pesquisas sobre stress no Brasil**: saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papirus, 1996.

MELO, A. S. **Estudo sobre o questionamento socrático como método de intervenção estratégica da psicoterapia cognitiva**.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

MOREIRA, J. O.; ROMAGNOLI, R. C.; NEVES, E. O. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos da saúde. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 27, n.4, p. 608. 2007.

TEIXEIRA, Rita Petrarca. Repensando a psicologia clínica. *Paidéia* (Ribeirão Preto, n.12-13, ago. 1997).

THIBES, F. **Análise SWOT pessoal**: o que é, qual a importância e como fazer? 2019. Disponível em: <https://comunidade.rockcontent.com/analise-swot-pessoal/>. Acesso em: 06 out. 2020.

TRABALHANDO AS RELAÇÕES FAMILIARES NA GESTALT-TERAPIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

Rodrigo Plewka⁷
Princela Santana da Cruz⁸

RESUMO

As relações familiares se mostram de extrema importância para o desenvolvimento da saúde mental, promovendo o seu benefício ou até mesmo prejuízos. Este artigo procura apresentar um estudo de caso de uma cliente sobre a influência da família na saúde mental dos indivíduos. A coleta de dados foi obtida através de intervenções e entrevistas psicológicas realizadas durante o estágio curricular supervisionado obrigatório em psicologia clínica e da saúde, no período do segundo semestre de 2020, correspondente ao período de outubro e novembro do mesmo ano. A metodologia utilizada para a confecção deste artigo foi a entrevista psicológica e a análise documental, ambas usadas para a obtenção de dados apresentados no relatório de estágio, a partir do relato da primeira sessão da cliente. A cliente, previamente às intervenções desenvolvidas, mostrava-se com uma fala agressiva, além de gesticular e serrar constantemente as mãos durante as sessões, demonstrando uma certa ansiedade. Porém, após as intervenções a mesma passou a se apresentar de forma calma e tranquila, expressando através da fala e das gesticulações uma melhora significativa no seu quadro, apresentando durante as últimas sessões um insight sobre como cuidar de si mesma é importante e como o autocuidado não afeta simplesmente o indivíduo, mas sim toda a rede familiar. Além disso, demonstrou compreensão sobre a importância da fala e de como encontrar uma forma de se expressar pode ser benéfica, tanto para si como para os indivíduos integrantes de seu ciclo familiar, explanando mais uma vez a eficácia da terapia.

Palavras-Chave: Família. Gestalt-Terapia. Relações. Técnicas. Estudo de Caso.

ABSTRACT

Family relationships are extremely important for the development of mental health, promoting their benefits or even losses. This article seeks to present a case study of a client on the influence of the family on the mental health of individuals. Data collection was obtained through interventions and psychological interviews conducted during the mandatory supervised curricular internship in clinical and health psychology in the period of the second semester of 2020, corresponding to the period of October and November of the same year. The methodology used for making this article was the psychological interview and the documentary analysis used to obtain more data reported in the internship report and in the account of the client's first session. The client first developed the interventions with aggressive

⁷Acadêmico do curso de Psicologia, Universidade do Contestado – UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: rodrigo.plewka@aluno.unc.br

⁸Docente do curso de Psicologia, Universidade do Contestado - UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: princela@unc.br

speech, in addition to gesticulating a lot and sawing a lot of hands during the sessions, showing some anxiety, but after the interventions, the client started to present herself in a calm and calm way, expressing speech and his gestures a significant improvement in his condition, presenting during the last sessions an insight into how taking care of himself is important and how self-care does not simply affect the individual but the entire family network, in addition he presented an understanding of the importance of speech and how to find a way of expressing yourself can be beneficial both for her and for the individuals in her family cycle, once again explaining the effectiveness of therapy.

Keywords: Family. Gestalt-Therapy. Relationship. Technique. Case Study.

INTRODUÇÃO

Para dar início ao processo terapêutico se faz necessária a vinculação com a cliente. Queiroz (2017) apresenta que o vínculo nas relações psicoterápicas se faz de suma importância, pois a relação cliente e psicólogo torna-se concreta e acarretará no melhor desenvolvimento do processo psicoterápico.

Foi observada a necessidade de trabalhar a fala de Awamo – assim nomeada para este a cliente em estudo – uma vez que esta é um dos mais importantes meios de expressão do indivíduo. Alvim *et al* (2012) expõem que para a Gestalt-terapia a relação de mundo é sempre corporal, assim o corpo possui um lugar importante para a expressão e sentindo das situações. Sendo a fala uma gesticulação corporal, o ato de falar contribui para a ressignificação e clareamento das situações do dia a dia. As autoras ressaltam tamanha importância da expressão do indivíduo para o bom funcionamento de suas relações. Alvim *et al* (2012) apresentam que a fala faz parte da expressão corporal do indivíduo, mediante a situação em que este está inserido. A fala é um dos métodos mais importantes de expressão, pois a partir desta é possível comunicar e explanar situações aos outros e a si mesmo, proporcionando uma oportunidade de reflexão e ressignificação das circunstâncias.

Durante as sessões foi possível observar também, que a baixa qualidade do sono da cliente refletia em seu dia a dia, desta forma Gomes *et al* (2005) apresentam que uma qualidade de sono abaixo da recomendada tende a refletir em queixas como fadiga, estresse, ansiedade, irritabilidade, humor depressivo, falta de eficiência e falta de motivação, queixas essas expostas pela cliente. Uma boa qualidade de sono é de suma importância para a melhora na qualidade das relações

do indivíduo. Gomes *et al* (2005) mencionam que um sono de qualidade é fundamental para o funcionamento pleno das funções fisiológicas do indivíduo, além de contribuir para o tratamento de sintomas de ansiedade e desmotivação.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para este artigo, foram utilizadas a pesquisa bibliográfica para fundamentação teórica e a análise qualitativa da intervenção, bem como, a metodologia fenomenológica empregada durante cinco sessões de psicoterapia realizadas com a cliente denominada Awamo, na clínica-escola da Universidade do Contestado.

Pesquisa qualitativa é um método de investigação científica que se foca no caráter subjetivo do objeto analisado, como os relatos da cliente em questão; estuda-se as suas particularidades e experiências individuais. Para Tozoni-Reis (2010), nesse método de pesquisa os entrevistados são mais livres para mencionar os seus pontos de vista sobre determinados assuntos que estejam relacionados com o tema de estudo. Silveira (1997) apresenta a entrevista como um momento de conhecimento, acolhimento e de preparação pelo vínculo que está a se formar tanto do terapeuta com o cliente como do terapeuta com seu próprio campo de atuação. Desta forma, funciona como uma quebra na barreira da zona de conforto do acadêmico, que até então, já deve ter realizado escutas e observações durante sua formação, mas não um atendimento real e legítimo.

Além disso, para este artigo utilizou-se o método de análise documental, a partir do relatório de estágio e o relato da primeira sessão da cliente, como ferramenta auxiliar no estudo. Ludke *et al* (1986) expõem que a análise documental é uma técnica de suma importância na pesquisa qualitativa, pois através dela é possível complementar informações obtidas por outras técnicas de análise, expondo aspectos novos sobre um tema. Cellard (2008) apresenta que a análise documental favorece a observação do processo de maturação de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos e comportamentos.

A elaboração desse artigo foi possível após o desenvolvimento do Estágio Curricular Supervisionado Obrigatório em Psicologia Clínica II, no período de agosto a novembro de 2020, que possibilitou o levantamento dos dados analisados através de entrevistas psicológicas realizadas no período de estágio – momento que é muito

importante para a construção profissional do acadêmico, inserindo-o em um campo extremamente desejado e desafiador, mas necessário para a plena formação do profissional da psicologia.

A participante do projeto foi uma cliente do Núcleo de Serviços em psicologia denominada Awamo que relatou sobre sua vivência. A coleta de dados se deu a partir de entrevistas psicológicas e relatos da cliente, no segundo semestre do ano de 2020, correspondente ao período de outubro a novembro.

A partir das entrevistas e da escuta dos relatos da cliente, pôde-se perceber que a mesma estava extremamente angustiada com a situação de sua vida e, por conta disso, buscou o Núcleo de Serviços em Psicologia.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O processo psicoterapêutico em questão divide-se em seis sessões, sendo a primeira realizada por um terceiro e as demais pelo estagiário de psicologia clínica. Durante essas sessões foram utilizadas técnicas de respiração diafragmática, diário sobre as angústias, escuta qualificada e viagem fantasia. Desta forma, foi possível obter um grande acervo de dados da demanda levada pela cliente para o ambiente terapêutico.

Quadro 1 – Intervenções realizadas durante o processo psicoterapêutico

Respiração Diafragmática	A respiração diafragmática é um exercício que permite o relaxamento do cliente por meio de uma respiração completa, leve e controlada. Proporcionando aos clientes uma maior facilidade para adentrar em si mesmos e buscar ressignificações sobre as suas próprias vivências.
Diário terapêutico.	É uma técnica utilizada para favorecer o desenvolvimento da fala e da comunicação do indivíduo com seu meio.
Escuta Qualificada	Técnica utilizada pelo terapeuta que se apropria de uma escuta com uma atenção profunda aos relatos do cliente, servindo não para simplesmente ouvir, mas para compreender o indivíduo.
Viagem Fantasia	A viagem fantasia é uma intervenção que busca inserir o indivíduo em suas situações incômodas e proporciona uma resolução controlada destas. A fantasia se apresenta como uma realidade subjacente, na qual é possível compreender a realidade dos acontecimentos.

Inicialmente, Awamo apresentava-se nas sessões como uma pessoa extremamente agitada, demonstrando-se muito enérgica em seus relatos. Awamo costumava relatar em suas vivências e angústias com um tom de voz

demasiadamente alto e com uma fala agressiva. A mesma, constantemente, relatava sobre sua filha mais nova, que tinha crises de raiva e, por conta disso, gritava muito, chorava e falava sobre ninguém gostar dela e sobre cometer suicídio. As brigas e discussões eram tantas que Awamo começou a adoecer. Relatou até mesmo ouvir os gritos da filha quando ia dormir. Além disso, Awamo acordava as quatro horas da manhã, juntamente ao seu marido que se arrumava para ir trabalhar, por outro lado, Awamo fazia serviços domésticos em sua própria casa, mas ficava acordada desde esse horário, relatando sempre sentir a necessidade de limpar um cômodo da casa antes de amanhecer.

Com o decorrer do processo psicoterapêutico o estagiário de psicologia clínica sugeriu a Awamo a confecção de um diário terapêutico, no qual a mesma deveria mandar áudios, via rede social, para si mesma relatando suas angustias e situações estressantes do momento. Além disso, durante uma sessão foi proposta para Awamo uma viagem fantasia em que a mesma conseguiu conversar calmamente com sua filha, sem gritos ou ameaças e, a partir disso, Awamo começou a apresentar melhoras.

Quadro 2 – Depoimentos da cliente durante o início do processo psicoterapêutico

Sessão 1	“Eu não aguento mais tantas brigas com minha filha, tudo começou na escola dela quando ela surtou e começou a gritar muito e eu tive que ser chamada no ambiente escolar, isso foi muito pesado para mim”
Sessão 2	“Eu não consigo dormir muito bem por conta das brigas com minha filha, as vezes até mesmo quando não estamos brigando, se eu fechar meus olhos eu consigo ouvir ela gritando comigo, daí quando eu acordo junto com meu marido no horário que ele vai pro trabalho eu não consigo voltar a dormir”
Sessão 3	“Eu me sinto bem quando venho aqui e converso com você, porém eu sinto falta de ter um adulto por perto para conversar durante a semana, meu marido sai de manhã e só volta muito tarde e minha filha não me entende e eu por causa disso eu vejo que acabo descontando muito da minha raiva nela nas horas das brigas”

Com o desenvolvimento do processo psicoterapêutico e após a aplicação das intervenções, Awamo apresentou uma mudança drástica em sua fala, bem como em sua maneira de se portar na clínica, apresentando grande evolução em relação a sua queixa.

Quadro 3 – Depoimentos da cliente durante as últimas sessões do processo psicoterapêutico

Sessão 4	“Hoje eu consegui dormir mais, refiz os exercícios de respiração em casa e me senti mais tranquila, também fiz o diário e me senti melhor quando coloquei pra fora minhas angustias, consegui conversar com meu marido e foi muito bom, ele vai tirar uma semana de férias então vou conseguir desabafar bastante com ele”
Sessão 5	“Minha filha está um anjo, disse pra ela que estou sentindo muito orgulho pelas atitudes dela, ela está me ajudando muito nas tarefas de casa e sempre está me perguntando se eu estou bem, comparada a como estava há algumas semanas ela parece outra pessoa”
Sessão 6	“Estou me sentindo muito bem e satisfeita com o processo terapêutico, eu notei que a partir do momento em que conversei com minha filha por meio da técnica que você aplicou e que comecei com o diário, eu mudei e essa mudança se refletiu em minha filha que acabou por apresentar uma melhora junto comigo, ela não teve mais seus surtos de grito e estamos convivendo bem agora.”

Awamo, após a aplicação das técnicas, apresentou uma melhora súbita, expondo a necessidade atendida de trabalhar suas relações familiares. Com o decorrer do processo psicoterapêutico, Awamo deixou de ter uma fala ansiosa, agressiva e enérgica para uma fala mais tênue e tranquila, além de gesticular menos.

Awamo relatou durante as últimas sessões que as coisas estavam indo melhores do que ela planejava, pois, uma vez que muda sua percepção e o modo de lidar com as situações, a filha muda também, adaptando-se aos novos modos da mãe de gerenciar o local. Awamo também relatou que o processo psicoterapêutico foi extremamente benéfico, pois assim foi possível compreender suas vivências e tomar consciência de como seu bem-estar é importante e reflete em seu ambiente familiar.

CONCLUSÃO

Este trabalho teve por intuito apresentar um relato de caso de uma cliente atendida durante o Estágio Curricular Supervisionado Obrigatório em Psicologia Clínica e da Saúde II, a qual se apresentou no primeiro momento como uma pessoa que expressava necessidade de ajuda, a partir da agressividade de sua fala e suas gesticulações, porém que no final do processo já demonstrava melhora, com uma fala mais amena e tranquila.

Para promover esse desenvolvimento na saúde mental da cliente foram utilizadas técnicas como o diário terapêutico, que se utiliza do ato de se expressar por meio da fala. Alvim *et al* (2012) definem o corpo como um lugar importante para

a expressão e sentido das situações; sendo a fala uma gesticulação corporal, o ato de falar contribui para a ressignificação e clareamento das situações do dia a dia.

Além do diário terapêutico, utilizou-se das viagens fantasias para que a cliente pudesse entrar em contato consigo mesma e ressignificar situações do dia a dia, procurando promover uma tomada de consciência. Stevens (1977) expõe como uma atividade de tomada de consciência, sendo a viagem fantasia toda a atividade mental presente além da experiência em andamento. Todo o explicar, imaginar, interpretar, planejar e recordar podem ser vivenciados durante a viagem fantasia, desta forma Stevens (1977) coloca a fantasia como uma realidade subjacente na qual é possível compreender mais da realidade e dos acontecimentos do indivíduo ao se envolver mais com a fantasia.

Portanto, as técnicas aplicadas durante o estágio tiveram resultados positivos. Sendo assim, a importância desse atendimento para o desenvolvimento acadêmico foi ímpar – uma experiência gratificante ao ver o estado inicial e acompanhar o desenvolvimento da cliente durante o processo psicoterapêutico.

Assim, as intervenções também se mostram grandes aliadas para o decorrer de todo o processo psicoterapêutico, uma vez que auxiliaram na tomada de consciência da cliente e por conta disso, a mesma apresentou tais sintomas de melhora e os relatou, sendo que nos últimos momentos da terapia a mesma comentava estar muito tranquila e dizia ser outra pessoa se comparada ao início do processo.

REFERÊNCIAS

ALVIM, M, B; ARAÚJO, D, V; BAPTISTA, C, S; BARROSO, F, T, W; QUEIROZ, K, M, F; SILVA, T, C, D. Corpo, fala e expressão: diálogos entre a Gestalt-Terapia e a filosofia de Merleau-Ponty. **Revista IGT na Rede**, v. 9, n. 17, 2012

CARDELLA, B. H. P. **O amor na relação terapêutica**: uma visão gestáltica. São Paulo: Summus, 1994.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

D'ACRI, G; LIMA, P; ORGLER, S. **Dicionário de gestalt-terapia**. 2. ed. São Paulo: Summus, 2014.

GINGER, S. **Gestalt**: uma terapia do contato. São Paulo: Summus, 1995.

GOMES, A. A; TAVARES, J.; AZEVEDO, M. H. P. Daytime correlates of poor sleep in undergraduates during final exams. **Journal of Sleep Research**, 2005.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986.

QUEIROZ, E, W, S. A construção do vínculo terapêutico: uma reflexão sob a perspectiva gestáltica. **IGT rede**, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262017000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 nov. 2020.

SÁ-SILVA, J, R; ALMEIDA, C, D; GUINDANI, J, F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, 2009.

SILVEIRA, T. M. A Gestalt no contexto da psicoterapia: teoria e metodologia aplicadas a um caso clínico. **Presença Revista Vita de Gestalt-terapia**, 1997

STEVENS, J, O. **Tornar-se presente**: experimentos de crescimento em Gestalt-terapia. 2. ed. São Paulo: Summus, 1977.

TOZONI-REIS, M, F, C. **Metodologia da pesquisa**. 2. ed. Curitiba: IESDE Brasil S.A, 2010.

O PROCESSO DA INDIVIDUAÇÃO E A PSICOTERAPIA

Thainá Kucarz⁹
Daniel Costa Vianna Mucciolo¹⁰

RESUMO

O presente artigo objetiva investigar o processo da individuação dentro das sessões de psicoterapias, utilizando para isso teorias da Psicologia Analítica. Este artigo foi desenvolvido como complemento para o estágio curricular supervisionado obrigatório de Psicologia Clínica ministrado pela Universidade do Contestado. O embasamento teórico foi realizado através de uma pesquisa bibliográfica, consultando livros e artigos que tratam sobre a Psicologia Analítica e o processo de individuação. Estes enfatizam que o processo de individuação é semelhante ao processo de autoconhecimento e dentro desse processo existem muitas vertentes espirituais. Individuação é um termo que foi utilizado pelo precursor da Psicologia Analítica, o psicólogo e psiquiatra Carl Gustav Jung e é também um dos principais objetivos da psicoterapia com abordagem analítica. Esse processo leva o paciente, em psicoterapia, a uma compreensão mais profunda de si mesmo e de sua vida.

Palavras-Chave: Psicologia. Psicologia Analítica. Individuação. Psicoterapia.

ABSTRACT

This article aims to investigate the individuation process within psychotherapies sessions, using theories of Analytical Psychology. This article was developed as a complement to the mandatory supervised curricular internship in Clinical Psychology taught by Universidade do Contestado. The theoretical basis was carried out through a bibliographic search, consulting books and articles dealing with Analytical Psychology and the individuation process. These emphasize that the individuation process is similar to the self-knowledge process and within that process there are many spiritual aspects. Individuation is a term that was used by the precursor of Analytical Psychology, the psychologist and psychiatrist Carl Gustav Jung and is also one of the main goals of psychotherapy with an analytical approach. This process leads the patient, in psychotherapy, to a deeper understanding of himself and his life.

Keywords: Psychology. Analytical Psychology. Individuation. Psychotherapy.

⁹Acadêmica do curso de Psicologia, Universidade do Contestado – UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: thainakucarz@aluno.unc.br

¹⁰Docente do curso de Psicologia, Universidade do Contestado - UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: daniel.mucciolo@professor.unc.br

INTRODUÇÃO

O presente artigo foi desenvolvido por uma acadêmica como exigência para obtenção de nota na matéria de prática de estágio curricular supervisionado obrigatório em Psicologia Clínica, do curso de Psicologia, ministrado pela Universidade do Contestado – UnC, campus Canoinhas, Santa Catarina. O estágio Supervisionado Obrigatório em Psicologia Clínica é uma exigência do Ministério da educação para a formação de psicólogos. Consiste na aplicação da teoria e das técnicas aprendidas em sala de aula dentro de sessões de psicoterapias, para que os acadêmicos possam compreender o trabalho psicológico que devem desenvolver nessa área. Sendo assim, esse estágio é de suma importância para a conclusão do curso de Psicologia.

A Psicologia Clínica tem o intuito de “acolher o sofrimento humano, onde quer que se apresente; viver uma relação concebida como reveladora e formadora de sentidos e a qual expressa e desvela os modos-de-ser num determinado tempo e história das existências”, preservando sempre a saúde e a qualidade de vida das pessoas (DUTRA, 2004, p. 385 *apud* CHANG, 2015).

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (1992) o Psicólogo Clínico atua na área específica da saúde, colaborando para a compreensão dos processos intra e interpessoais, utilizando enfoque preventivo ou curativo, isoladamente ou em equipe multiprofissional em instituições formais e informais. Realiza pesquisa, diagnóstico, acompanhamento psicológico, e intervenção psicoterápica individual ou em grupo, através de diferentes abordagens teóricas.

O psicólogo dentro da clínica pode realizar atendimento individual, de casal e familiar, podendo se utilizar de vários métodos de avaliação psicológica (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1992). E de acordo com Carvalho e Kavano (1982 *apud* MEIRA; NUNES, 2005) o que fascina os psicólogos na área clínica é a possibilidade de penetrarem no outro, conhecê-lo, estabelecendo com ele um certo tipo de relação.

Para realizar atendimentos clínicos normalmente o psicólogo escolhe uma abordagem psicológica. Dentre estas abordagens se encontra a Psicologia Analítica, utilizada como base para o desenvolvimento desse artigo e que foi desenvolvida pelo renomado Carl Gustav Jung. Para essa abordagem, durante a psicoterapia,

além de tratar o sofrimento psíquico, o psicólogo deve auxiliar o paciente/cliente a percorrer o caminho da individuação.

Individuação pode ser entendido como um caminho em busca de autoconhecimento, buscando identificar as projeções e a cada vez mais se aceitar tal como é. A individuação é um processo que tem um início e não tem um fim. Nesse processo, busca-se desenvolver todo potencial que cada ser humano pode possuir, sendo assim cabe a cada um correr atrás e desenvolver ao máximo a si mesmo. Por isso, o caminho não é florido e cheio de pássaros a cantar, é mais uma via dolorosa em busca do conhecimento e da consciência (SOUZA, 2006).

Esse processo pode vir a se mesclar com a espiritualidade. Carl Gustav Jung articula seus conceitos, que compõe sua teoria psicológica, perfeitamente, demonstrando onde cada um se encaixa dentro da psicoterapia. E também em como o processo de individuação se insere dentro da psicoterapia individual.

MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo tratou de uma revisão de literatura que trabalhou com descritores isolados ou associados e que foram representativos a temática de investigação como psicologia, psicologia analítica, psicoterapia e individuação. Foi realizado junto às seguintes bases de dados virtuais: SCIELO e PEPSIC. Foram utilizados como critérios de busca os seguintes indicadores: ano de publicação, a pertinência em relação ao tema, o veículo de publicação e as referências que versaram sobre o processo de individuação dentro da psicoterapia. Foram excluídos artigos em língua estrangeira.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O suíço Carl Gustav Jung (1875-1961) é considerado como um dos maiores intelectuais do século XX. Psiquiatra e psicólogo, tinha como principal fonte de interesses o ser humano, mais especificamente a psique. Para compreender tal objeto de interesse, não se limitou e buscou por conhecimentos nas áreas de filosofia, teologia, psicologia, psiquiatria, misticismo, esoterismo, simbologia, mitologia, religiões, entre outros (ALVES, 2018).

Jung foi um importante personagem na missão de desvendar mistérios da mente humana. Dedicou sua vida ao trabalho e produziu muito. Suas teorias têm como base os aspectos da alma, ampliando, assim, o conceito de mente. Suas obras completas estão organizadas em 19 volumes, cuja produção vai de 1900 a 1961 (SILVA, 2006). É reconhecido como fundador da Psicologia Analítica.

O termo Psicologia Analítica foi utilizado oficialmente por Jung em 1913, porém, já havia sido desenvolvida em anos anteriores. Após Jung morrer em 1961 a Psicologia Analítica continuou a receber contribuições dos teóricos neo-junguianos. O foco principal da Psicologia Analítica é o Processo de Individuação que consiste basicamente na tendência instintiva e teleológica do ser humano, ocorre através de processos de autorregulação, que visam desenvolver suas potencialidades inatas em direção à realização da totalidade psíquica, podendo ser definido também como autodesenvolvimento, autorrealização e autoconhecimento (RAMOS, 2005).

O autoconhecimento é definido por Carl Gustav Jung (1875, 1964a *apud* ROSSATO, 2020), como a busca por si mesmo, para alcançar a expressão da totalidade do ser, partindo de uma visão psicológica e espiritual, tendo como base a natureza animal, isto é, instintiva do homem. O ser humano, inquestionavelmente, é um mistério para si mesmo, mesmo diante dos avanços em conhecimentos gerais, afinal os mesmos se tornam pouco e insuficientes frente ao “conhece-te a ti mesmo”. Diante disto, Jung, durante sua vida, assumiu a missão de descer as profundezas de si mesmo para se conhecer de forma íntegra (HILLMAN, 2010 *apud* ALVES, 2018).

Jung, destacou-se frente aos estudos sobre o ser humano por saber que estava estudando a si mesmo. Em seus relatos, descreve os resultados obtidos através da observação de si mesmo, desde a infância. E a partir disso descobriu o caminho que deveria trilhar, em busca si mesmo. No texto “Presente e Futuro”, Jung, expõe sua visão a respeito do autoconhecimento (ALVES, 2018). Neste texto é possível compreender o entendimento que o autor nutre a respeito do assunto, que ultrapassa a visão popular:

Normalmente confundimos ‘autoconhecimento’ com o conhecimento da personalidade consciente do eu. Aquele que tem alguma consciência do eu acredita, obviamente, conhecer a si mesmo. O eu, no entanto, só conhece seus próprios conteúdos, desconhecendo o inconsciente e seus respectivos conteúdos. O homem mede seu autoconhecimento através daquilo que o meio social sabe normalmente a seu respeito e não a partir do fato psíquico real que, na maior parte das vezes, é a ele desconhecido. Nesse sentido, a

psique se comporta como o corpo em relação a sua estrutura fisiológica e anatômica, desconhecida pelo leigo. Embora o leigo viva nela e com ela, via de regra ele a desconhece. Tem então que recorrer a conhecimentos científicos específicos para tomar consciência, ao menos, do que é possível saber, desconsiderando o que ainda não se sabe, e que também existe (JUNG, 2011, p.13).

De fato, o conhecimento a respeito da personalidade, que facilmente o meio social aponta sobre um sujeito é raso. O autoconhecimento em Jung encontra um sentido mais profundo e holístico, envolvendo cada partícula que compõe a psique. Nesse sentido, Alves (2018, p. 56) diz que “também podendo ser chamado de ego, é apenas uma parte de uma construção bem maior. Uma parte que tende a limitar a expressão do todo. Dessa forma, facilmente o ser humano confunde um quarto como sendo uma casa: um aquário vivido como se fosse um oceano”, de fato, o autoconhecimento vai além de conhecer apenas um quarto dentro da psique.

Conforme Jung (2011), o que se sabe de “autoconhecimento” é um conhecimento muito restrito e dependente dos meios sociais. Onde ocorre a projeção de defeitos inaceitáveis e indesejáveis nos círculos sociais, geralmente, mais distantes, ao mesmo passo que as qualidades são postas para si mesmo ou para os membros da sociedade que convivem mais próximos. Este ato, segundo o autor, serve apenas para encobrir os verdadeiros fatos.

Assim, quando se deseja conhecer o ego consciente, apenas a introspecção basta, mas para Jung, pouco resulta em autoconhecimento. A introspecção tem seu valor, porém não permite adentrar no problema do autoconhecimento que é a totalidade psíquica do indivíduo (ALVES, 2018). Para que se possa chegar nesse nível de autoconhecimento, de acordo com a Psicologia Analítica, faz-se necessário, primeiramente, uma aproximação do sujeito com o inconsciente e seus conteúdos.

Dentro da Psicologia Analítica o inconsciente se divide em inconsciente individual ou pessoal e inconsciente coletivo. O primeiro é habitado pelas lembranças reprimidas, os desafetos, impulsos, desejos e experiências de vida esquecidas, entre outros, o inconsciente pessoal não é muito profundo e está ligado à história de vida da pessoa. Tanto o consciente quanto o inconsciente pessoal têm como origem o inconsciente coletivo, que é considerado o nível mais profundo da psique humana, nele habitam os conteúdos herdados de outras gerações e também dos ancestrais mais primitivos dos seres humanos durante sua evolução. Esses

conteúdos são expressados através dos arquétipos (imagens mentais) (SCHULTZ; SCHULTZ, 2005, SANTOS, 2008 *apud* COOK, 2015).

A linguagem do inconsciente individual e coletivo é simbólica, se expressa através de sonhos, fantasias, metáforas, arquétipos, entre outros (ALVES, 2018). “O homem não se define somente, nem principalmente, pela técnica e pela razão. Define-se também pelo imaginário e pela afetividade” (MORIN, 2013, p. 196 *apud* ALVES, 2018). Durante a vida cada ser humano constrói imagens sobre si mesmo, que definem sua relação com o mundo e consigo mesmo, mas geralmente elas são incompletas, e algumas delas, são inconscientes e remetem a tempos primordiais/ancestrais (ALVES, 2018).

Ainda segundo Alves (2018), o autoconhecimento tem relação com a compreensão dessas imagens. “Elas oferecem a oportunidade de reconhecer centenas de canais da história [...] que estão realmente determinando a consciência” (HILLMAN, 2010, p. 97 *apud* ALVES, 2018). Essas imagens são partes do inconsciente, e conforme Jung (2016 *apud* ALVES, 2018) essas imagens exercem uma influência sob o ser humano maior que a da própria consciência.

Além disso, ainda essas são experiências coletivas e a partir da manifestação delas ocorre uma interligação com as experiências individuais. O que acrescenta um grau a mais de dificuldade na compreensão do autoconhecimento. Bem como, padrões e teorias, para Jung, servem apenas para dificultar mais as possibilidades do ser humano conhecer a si (ALVES, 2018).

Não há e não pode haver autoconhecimento baseado em pressupostos teóricos, pois o objetivo desse conhecimento é um indivíduo, ou seja, uma exceção e uma irregularidade relativas. Sendo assim, não é o universal e o regular que caracterizam o indivíduo, mas o único. Ele não deve ser entendido como unidade recorrente, mas como algo único e singular que, em última análise, não pode ser comparada nem mesmo conhecida (JUNG, 2011, p. 14-15).

Com isso, o autor demonstra que para o autoconhecimento a singularidade é de suma importância, e cada indivíduo deve se conhecer por si mesmo, levando em consideração a importância das teorias como auxiliares para o processo, mas não deve se limitar a isso. Afinal, apenas o indivíduo pode conhecer a si mesmo e os caminhos que levam até o autoconhecimento.

Jung desvelou, também, a existência de uma realidade, que ele denominou de “numinosa” (espiritual) que se encontra, também, presente no inconsciente. Tal realidade, foi considerada a causa mais relevante, da dificuldade do pleno desenvolvimento da consciência humana, da autorrealização (SANTO, 2010).

O ser humano começa a tomar consciência de seu inconsciente, de suas “sombras” e caminha para uma dimensão de integração do “ego” e do “self”, que simboliza na psicologia junguiana, a plenitude da pessoa humana. Jung utilizou a expressão “self” para indicar, exatamente essa dimensão espiritual do ser humano. O drama apontado por Jung era a inconsciência do “self”, ou seja, do “si mesmo”. Ele denominava de processo de individuação, tal integração, e é o mesmo que desenvolver o autoconhecimento (SANTO, 2010).

INDIVIDUAÇÃO

Individuação é um conceito utilizado na psicologia analítica, desenvolvida por Carl Gustav Jung. “Individuação é o conceito central na teoria junguiana” (HALL, 2007, p. 25). Pode ser definida como “o caminho de uma busca consciente de um autoconhecimento, com a finalidade básica de nos aceitarmos como realmente somos, ou seja, identificando no máximo nossas projeções” (SOUZA, 2006, p. 24). A individuação é um processo que tem um início e não tem um fim. Nesse processo, busca-se desenvolver todo potencial que cada ser humano pode possuir, sendo assim cabe a cada um correr atrás e desenvolver ao máximo a si mesmo. Por isso, o caminho não é florido e cheio de pássaros a cantar, é mais uma via dolorosa em busca do conhecimento e da consciência (SOUZA, 2006).

A individuação corresponde ao desenvolvimento do self através da união dos opostos que compõe a psique humana, ou seja, dos conteúdos conscientes e inconscientes. A primeira coisa a se fazer no processo de individuação é o desnudamento da persona, que são os papéis que cada indivíduo interpreta frente as situações com as quais têm contato no seu dia a dia e esta é como uma máscara que esconde o self e o inconsciente. Por isso, será a primeira a ser confrontada no processo de individuação, no processo de se autoconhecer (FADIMAN; FRAGER, 1979).

A segunda coisa é o confronto com a sombra. Tudo que não condiz com a imagem ideal da persona é rejeitado e esquecido ou reprimido e vai fazer parte do que chamamos de sombra. A sombra seria o abrigo dos desejos imorais, violentos e inaceitáveis, geralmente vindos do lado primitivo da personalidade. Geralmente, nos sonhos, a sombra é projetada em alguém do mesmo sexo, este que é invejado por ter características melhores desenvolvidas. Por isso, é o segundo passo dentro do processo de individuação, quando a sombra é aceita pode ser vencida (COOK, 2015).

O terceiro passo é confrontar a anima ou o animus. A anima seria o conteúdo feminino que se encontra na psique masculina, e o animus o conteúdo masculino encontrado na psique feminina. São conteúdos inconscientes e correspondem às características culturalmente consideradas impróprias para o sexo oposto, podendo ser excluídas até mesmo da sombra, mas sendo encontrada na anima ou no animus (COOK, 2015).

O último passo a ser dado nesse processo é o desenvolvimento do Self que se torna o centro da psique, e quando ocorre a integração dos opostos na psique. Contudo, a individuação não pode ser enquadrada nestes passos definidos, é muito mais complexa (FADIMAN; FRAGER, 1979).

Como se pode deduzir dos trechos citados, a 'individuação' ou 'processo da individuação' não consiste unicamente na sucessão de imagens do inconsciente. Isso é apenas parte do processo, representa a sua realidade interna ou espiritual. O seu complemento necessário é a realidade exterior, o desenvolvimento da individualidade e o seu destino. Ambos os aspectos do processo são regulados pelo poderoso arquétipo do self. Noutros termos, ao longo da individuação, o self penetra no mundo da consciência, enquanto, ao mesmo tempo, a sua natureza originariamente psicóide se dissocia, de modo que se manifesta muito mais em imagens internas do que em fatos da vida real (JAFFÉ, 1989, p. 78 *apud* SOUZA, 2006, p. 26).

Os problemas que surgem na individuação não são mais questões conflitantes e egóicas do desejo, são dificuldades que se relacionam a questões de importância fundamental: coletivas, morais, filosóficas e religiosas (GRINBERG, 1997 *apud* TAVARES, 2005). Nesse sentido, dentro do processo psicoterapêutico, onde ocorre o caminhar em busca da consciência, o inconsciente envia imagens e às vezes acredita-se que este seja todo o caminho.

Mas, falta ainda buscar o espiritual que é inato em cada ser humano e comungar com ele, proceder a uma integração dos opostos. O que Jung chamou de

Self, precisa ser integrado no exterior pelo ser humano, ao mesmo tempo em que ele deve permitir ao Self se integrar com o ego (SOUZA, 2006).

Jung cita o Self como o arquétipo que ocupa posição central na psique que representa a totalidade. Os elementos consciente e inconsciente não são opostos, e sim complementares e ambos formam uma totalidade, no caso, o Self (FADIMAN; FRAGER, 1979). O Self, é considerado por Schultz e Schultz (2005 *apud* COOK, 2015) como o responsável pelo impulso para a autorrealização, que supostamente de acordo com os autores ocorre aproximadamente entre os 30 e 40 anos (meia-idade).

O conceito de Self é relacionado a algo religioso e do ponto de vista psicológico é comparado com a divindade, a Deus. A busca dessa totalidade, do Self e o seu possível encontro, é um caminhar no processo de individuação, onde o ego vai diminuindo e perdendo o seu controle para que a força arquetípica do Self tome o seu lugar. Jung via a experiência religiosa como uma força numinosa e algo inerente ao ser humano (SOUZA, 2006).

Dito de outra maneira: a meta do processo de individuação - quer dizer, a realização do Self - é identificável como meta religiosa?

Como costuma acontecer com Jung, sua resposta se afigura, ao menos de início, inequívoca. A individuação pode ser definida como religiosa por ser um processo arquetípico e porque toda orientação para os arquétipos tem cunho religioso. Essa conclusão decorre diretamente do relato antecedente da experiência religiosa feito por Jung. Uma experiência religiosa é a experiência 'numinosa' que tem o indivíduo do aspecto de sua psique que é primordial, arquetípico e coletivo; trata-se da experiência da própria forma supra pessoal do indivíduo, do imanente-transcendente, 'o Deus interior'. Como, portanto, a individuação também é motivada por um arquétipo - neste caso, o desejo arquetípico de integralidade -, também é possível concebê-la como processo religioso e numinoso. Ele reconhecidamente não depende de um sistema metafísico, de credo ou rito particulares, derivando sua qualidade religiosa apenas do fato de ser uma experiência coletiva: em outras palavras, ele requer um 'olhar religioso sobre a vida' ao exigir do Self em individuação que perceba sua própria natureza psíquica, que perceba que seu ego consciente está arraigado em algo mais profundo, anterior e mais fundamental do que sua própria personalidade distinta, bem como que seu desejo de tornar-se um ser humano integral é ao mesmo tempo uma experiência do fundamento eterno e arquetípico de seu próprio ser psíquico (PALMER, 2001, p. 191 *apud* SOUZA, 2006, p. 23).

De acordo com Gilberto Safra (2007 *apud* VIANNA, 2014), existe uma distinção entre o sentimento religioso e o sentimento do sagrado, sendo que no sentimento religioso existe um sentimento de reverência, de solenidade ante o Outro

Absoluto. Já na vivência do sentimento do sagrado o indivíduo experimenta o Ser e vive uma transformação em seu Self.

No ano de 1917, Rudolf Otto publica o livro “O Sagrado” onde cita o termo numinoso para definir as manifestações religiosas. Em 1937, durante uma conferência, Carl Gustav Jung faz uso do termo numinoso para elucidar o que ele entendia por religião, reconhecendo esta como a observação sobre o que arrebatava a consciência, ampliando desta forma, a ideia de numinoso para a prática e o estudo clínico (CECCON; HOLANDA, 2012). Numinoso, para Jung, refere-se ao sagrado, ao inexprimível, misterioso, o que possibilita a experiência direta do divino. Esse estado de união do humano com o divino, pode dar a uma pessoa um sentido mais profundo do que qualquer outra coisa conhecida (MORAES, 1995 *apud* TAVARES, 2005).

É diante do numinoso que surge, para Otto (1917, p. 41 *apud* WALTER; MELLO NETO, 2017, p. 19), o “sentimento da criatura que afunda e desvanece em sua nulidade perante o que está acima de toda criatura”. Otto (1917/2007 *apud* WALTER; MELLO NETO, 2017) define como sendo o *mysterium tremendum et fascinans*. O elemento citado “mysterium” pode ser esclarecido a partir da frase “Um deus compreendido não é Deus” (citado por OTTO, 1917, p. 56 WALTER; MELLO NETO, 2017, p. 19). Tem como característica o “totalmente outro”, o objeto realmente “misterioso” é se deparar com algo “totalmente diferente”, cuja natureza e qualidade são incomensuráveis para o entendimento de minha natureza (Otto, 1917, p. 59, WALTER; MELLO NETO, 2017, p. 19). O *mysterium*, enquanto numinoso, é algo que transcendendo as categorias do entendimento humano, é algo enigmático, por ser de tal qualidade que não pode ser conhecido (WALTER; MELLO NETO, 2017).

Em relação ao elemento *tremendum*, que está associado ao *mysterium*, é algo que se refere ao aterrorizador, ao “terrivelmente divino”. É diante desse aspecto *tremendum* que surgem sentimentos apavorantes como terror, assombro, pânico. Segundo Otto (1917 *apud* WALTER; MELLO NETO, 2017), o *mysterium tremendum*, quando analisado e categorizado pelo raciocínio, ganha nomes como demônio, espírito, alma, ou até mesmo nenhuma designação. Trata-se de um estado afetivo que ocorre quando o místico é tomado por algo totalmente diferente e que o faz se sentir impotente.

É um sentimento de terror inesperado que se apossa do indivíduo levando-o a um estado de completo desespero e pavor. Porém, para Otto (1917/2007 *apud* WALTER; MELLO NETO, 2017), esse sentimento de terror místico que surge da vivência com o numinoso é diferente dos estados psíquicos de medo, de angústia e de temor, entretanto, ele não discrimina em que consiste a diferença, apenas relaciona um ao sentimento de espiritualidade. O tremendum é relacionado também ao sentimento humano de ira divina, a conhecida justiça divina, a punição por falta moral. E é diante do aspecto tremendum que o indivíduo se sente pequeno como se não fosse nada. Como se diante do poder da presença de Deus sentisse a sua insignificância, valorizando assim o transcendente.

Existe uma harmonia de opostos no *mysterium*, Otto (1917, p. 57, *apud* WALTER; MELLO NETO, 2017, p. 21) afirma: “O que o demoníaco-divino tem de assombroso e terrível para a nossa psique, ele tem de sedutor e encantador”. E é justamente a esse elemento cativante e encantador, que pode conduzir ao delírio, podendo assim ser caracterizado como um elemento dionisíaco, que Otto (1917/2007 *apud* WALTER; MELLO NETO, 2017) chama de aspecto fascinans (fascinante). Esse é um elemento não racional que é definido pelas noções de amor, misericórdia, piedade, consolo, compaixão, caridade etc. O fascinans apresenta-se, assim, como um estado, excitação ante o extraordinário, ante o numinoso.

Assim, Otto (1917 *apud* WALTER; MELLO NETO, 2017) constata que o numinoso é o núcleo da vivência religiosa, e que este é resistente a toda tentativa de apreensão pela linguagem, estando primeiramente situado no plano afetivo. E sem esse elemento, para ele, não seria possível a existência de uma religião viva. Partindo desse ponto Jung, em suas conferências, quando se propõe a explicar o que ele entende por religião sempre relaciona ao termo numinoso citado por Otto.

Jung entendeu o numinoso como o efeito dos conteúdos autônomos da psique, além do eu, que chamou de complexos. Quando próximo do limiar consciente, esses complexos tendem a serem racionalizados, do contrário manteriam uma natureza arcaica e mítica. Sua relativa independência em relação ao eu demonstra que em si ele possui uma carga energética própria, provinda de um possível núcleo, que por carregar um montante de energia, é, além de fonte de perturbação, um manancial criativo (Jung, 1946/2009, p. 365 *apud* CECCON; HOLANDA, 2012, p. 71).

Aqueles que experienciam o numinoso falam de uma “emoção impossível de ser descrita, um sentimento de mistério que faz estremecer” (SILVEIRA, 1997, p.

126 apud TAVARES, 2005). Para Jung (1985) podemos pensar no oceano como uma metáfora do inconsciente ou, mais precisamente, como o Self, o centro da psique na teoria junguiana, "aquela indescritível totalidade (ou inteireza) do homem que não pode ser visualizada, mas que é indispensável como conceito intuitivo" (JUNG, 1985, p. 148). A sua evolução lembra a espontaneidade do surgimento dos arquétipos, que se apresentam sob um caráter numinoso, "que poderíamos definir como 'espiritual', para não dizer 'mágico'" (JUNG, 1982, p. 14). Tudo isso se envolve de uma forma particular e pode aparecer durante o processo de individuação que é o processo de se aproximar do self.

CONCLUSÃO

Dentro de um processo psicoterapêutico o paciente/cliente tem como objetivo encontrar a si mesmo e buscar alguma compreensão sobre si ou sobre alguma situação de sua vida. O ato de compreender o ser humano desde muito tempo é motivo de fascinação. Esse desejo de compreensão se relaciona profundamente com o desenvolvimento humano, seu desenvolvimento espiritual ou em termos mais científicos desenvolvimento da personalidade. Esse é um desafio que acompanha os seres humanos desde muito tempo como pode ser percebido através do estudo das religiões, mitologias e culturas. Com o auxílio da ciência a psicologia visa compreender e auxiliar no processo de compreensão particular de cada um como preencher essa lacuna.

Carl Gustav Jung desenvolveu uma teoria complexa, profunda e com muitos conceitos. Alguns desses conceitos foram abordados neste artigo. Como o conceito de individuação, que é algo natural da psiquê humana, é a vontade por buscar algo profundo em si mesmo. E isso é uma grande capacidade humana, que também serve de fundamento para o processo psicoterapêutico.

O processo de individuação não é algo que mira a perfeição, o tornar-se perfeito em algum sentido. Mas sim, se conhecer profundamente, compreendendo todos os processos internos e aceitando-os e, se sentir necessidade, melhorando-os. Isso diz respeito aos aspectos da sombra, aspectos da personalidade e também aspectos espirituais.

A individuação dentro do processo psicoterapêutico conduz o paciente a uma busca pelo significado da vida, levando-o ao encontro com o mistério, com o insondável e, talvez, até com a espiritualidade. Isso pode levar o paciente a encontrar um motivo, um significado para a sua existência, podendo assim, valorizar a vida. Além disso, a individuação pode ser um guia para entender alguns processos que as pessoas enfrentam durante as situações que se apresentam na vida.

Esse conceito também ajuda na interface da religiosidade e da espiritualidade com a Psicologia e com a psicoterapia. Mostrando um formato mais científico desses aspectos que inegavelmente se encontram presentes na vida da maior parte da população mundial. Dessa forma, o conceito de individuação, quando envolvido dentro do processo psicoterapêutico, auxilia o psicólogo a conduzir o seu paciente para um caminho em busca de conhecer profundamente os aspectos presentes em seu ser.

REFERÊNCIAS

ALVES, Adeilton Dias. **Do segredo ao sagrado o autoconhecimento nas narrativas autobiográficas de C. G. Jung**. 2018. 216 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/24940/1/SegredoSagradoAutoconhecimento_Alves_2018.pdf. Acesso em: 07 jun. 2020.

CECCON, Rodrigo Pereira; HOLANDA, Adriano Furtado. Interlocução entre Rudolf Otto, Carl Gustav Jung e Victor White. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 63-77, set. 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2290/229023819006.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2020.

CHANG, Yea Fang Vieira. PSICOLOGIA CLÍNICA NA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO. **Webartigo**, Online, v. 2, n. 2, p. 1-10, jul. 2015. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/psicologia-clinica-na-atuacao-do-psicologo/133795/>. Acesso em: 07 ago. 2020.

COOK, Daniel Donizete. **Psicoterapia Junguiana: uma introdução**. 2015. 62 f. Monografia (Especialização) - Curso de Psicologia, Centro Universitário Anhanguera Leme, Leme, 2015.

FADIMAN, James; FRAGER, Robert. **Teorias da Personalidade**. (tradução de Odette de Godoy Pinheiro, coord.). São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1979.

HALL, James A. **Jung e a interpretação dos sonhos: manual de teoria e prática** (tradução de Álvaro Cabral). São Paulo: Cultrix, 2007.

JUNG, Carl Gustav. **Aion. Estudos sobre o simbolismo do si-mesmo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1982.

JUNG, Carl Gustav. **Presente e futuro**. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

JUNG, Carl Gustav. **Mysterium coniunctionis**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985. 2 v.

MEIRA, Cláudia Hyala Mansilha Grupe; NUNES, Maria Lúcia Tiellet. PSICOLOGIA CLÍNICA, PSICOTERAPIA E O ESTUDANTE DE PSICOLOGIA. **Paidéia**, Porto Alegre, v. 32, n. 15, p.339-343, 15 dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n32/03.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

RAMOS, Luís Marcelo Alves. Relato de experiência Área Temática: **Estudos Piagetianos & Psicologia Clínica e Educacional**. Unicamp, Campinas, v. 6, n. 2, p. 192-205, jun. 2005. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/etd/article/view/781/796>. Acesso em: 07 jun. 2020.

ROSSATO, Laísa. Equoterapia: o cavalo como símbolo na construção de autoconhecimento. **Diaphonia**, Paraná, v. 6, n. 1, p. 145-165, 2020. Disponível em: <http://saber.unioeste.br/index.php/diaphonia/article/view/25076/15765>. Acesso em: 07 jun. 2020.

SANTO, Ruy Cezar do Espírito. Autoconhecimento e consciência. **Interdisciplinaridade**, São Paulo, v. 1, n. 0, p. 64-72, out. 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/interdisciplinaridade/article/view/16150/12183>. Acesso em: 07 jun. 2020.

SILVA, José Edmundo Heráclito. Autoconhecimento e a teoria dos arquétipos nas habilidades de comunicação de jornalistas. In: INTERCOM SUDESTE 2006: SIMPÓSIO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO SUDESTE; 11., 2006. Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2006. v. 0, p. 1-18. Disponível em: <http://www.portcom.intercom.org.br/pdfs/23167429485315098963730471724490694869.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2020.

SOUZA, Paulo Costa de. **O bem e o mal na correspondência de Carl Gustav Jung**. 2006. 64 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Psicologia Analítica, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2006.

TAVARES, Regina Corrêa. **A ayahuasca como veículo para a expansão da consciência: uma experiência na busca da transformação pessoal**. 2005. 60 f. Monografia (Especialização) - Curso de Psicologia, Uniceub, Brasília, 2005. Disponível em: http://www.rosadavida.com.br/downloads/Ayahuasca_monografia_Regina_Tavares.pdf. Acesso em: 22 jun. 2020.

VIANNA, José Henrique Lobato. Psicologia e religião: um encontro marcado com a ética. In: AYRES, Lygia Santa Maria; BARBOSA, Carla Silva; RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages. **Ética e psicologia**: reflexões do Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia 5ª Região, 2014. p. 57. Disponível em: http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/02/livro_etica-1.pdf#page=57. Acesso em: 18 jun. 2020.

WALTER, Bruno Eduardo Procopiuk; MELLO NETO, Gustavo Adolfo Ramos. Considerações psicanalíticas sobre a vivência religiosa do numinoso. **Analytica Revista de Psicanálise**, São João Del-rei, v. 6, n. 10, p. 16-27, jun. 2017. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/2500/1700>. Acesso em: 16 jun. 2020.

O TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL A PARTIR DE QUATRO PERSPECTIVAS PSICOLÓGICAS: PSICOFARMACOLOGIA, GESTALT TERAPIA, TERAPIA SISTÊMICA FAMILIAR E TERAPIA HUMANISTA

Cleber Artner Rocha¹¹
Fábio Ricardo Ledesma¹²
Princela Santana da Cruz¹³
Renata Carvalho Nascimento de Freitas¹⁴

RESUMO

O consumo de substâncias psicoativas é um comportamento inerente a vida humana, porém o uso disfuncional de algumas delas pode acarretar problemas para o indivíduo e a sociedade. O álcool é a droga de abuso mais consumida no Brasil, acredita-se que 9% da população é dependente de álcool. O DSM V descreve essa relação problemática como transtorno por uso de álcool. O transtorno tem origens biopsicossociais e apresenta resultados melhores em tratamentos com múltiplas ferramentas e abordagens. O artigo apresenta quatro diferentes alternativas e percepções para o entendimento e tratamento do transtorno. A perspectiva farmacológica que busca através de fármacos regular sistemas químicos do organismo de modo a diminuir ou eliminar o consumo de álcool. A Gestalt-terapia que através da sua visão fenomenológica busca entender o consumo problemático compreendendo as perspectivas individuais de cada usuário e trazendo a relação entre a percepção do indivíduo e o seu comportamento sobre o álcool trabalhando no “aqui e agora”. A terapia sistêmica familiar que percebe o consumo do álcool como um sintoma de todas as relações familiares problemáticas, tirando o foco do indivíduo e focando nas relações que ele estabelece e como a mudança do todo pode ajudá-lo. E por fim através da Psicologia Humanista que tenta compreender as relações entre o álcool e os significados que o seu uso pode ter na formação do indivíduo como ser humano, a percepção de si mesmo e sua própria existência.

Palavras-Chave: Álcool. Gestalt-terapia. Psicofarmacologia. Sistêmica. Humanista. Familiar.

¹¹ Acadêmico do curso de Psicologia, Universidade do Contestado – UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: cleber.artner@gmail.com

¹² Docente do curso de Psicologia, Universidade do Contestado - UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: fabio.ledesma@professor.unc.br

¹³ Docente do curso de Psicologia, Universidade do Contestado - UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: princela.cruz@professor.unc.br

¹⁴ Docente do curso de Psicologia, Universidade do Contestado - UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: renatafreitas@professor.unc.br

ABSTRACT

The consumption of substances is a behavior inherent to human life, but the problematic consumption of some of them can cause problems for the individual and society. Alcohol is the most consumed abuse drug in Brazil, 9% of the population is dependent on alcohol and the DSM V describes this problematic relationship as an alcohol use disorder, a disorder that has biopsychosocial origins and presents better results in treatments with multiple tools and approaches. The article presents four different alternatives and perceptions for understanding and treating the disorder. The pharmacological perspective that seeks through drugs to regulate the body's chemical systems in order to reduce or eliminate alcohol consumption. Gestalt-therapy which, through its phenomenological vision, seeks to understand problematic consumption by understanding the individual perspectives of each user and bringing the relationship between the individual's perception and his behavior about alcohol working in the "here and now". Systemic family therapy that perceives alcohol consumption as a symptom of all problematic family relationships, taking out the focus off the individual and focusing on the relationships he establishes and how changing the whole can help him. And finally through Humanistic Psychology that tries to understand the relationship between alcohol and the meanings that its use can have in the formation of the individual as a human being and the perception of himself and his own existence.

Keywords: Alcohol. Gestalt therapy. Psychopharmacology. Systemic. Humanist. Family.

INTRODUÇÃO

A consumo de substâncias psicoativas é intrínseco a vida humana e no caso do álcool, tanto o seu uso normal quanto o uso considerado problemático podem ter início através de mecanismos comuns da sociedade. Geralmente ainda na adolescência quando a droga é reforçada por aspectos naturais relacionados à uma fase de descobertas pessoais e sociais pelo indivíduo que sofre a influência da presença da substância no seu contexto de vida. A cultura como um todo, a propaganda, a moda do consumo, as relações familiares e pressões de grupos sociais são fatores construtores da percepção de mundo do indivíduo e contribuem para o consumo do álcool (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2012).

O álcool é a droga de uso e abuso mais disseminada no Brasil e a que traz mais prejuízos à população (ZEMEL, SADDI, 2015), segundo o DSM V (2014) estima-se que nos Estados Unidos a prevalência do transtorno por uso de álcool seja de 16,2% dos adultos entre 18 e 20 anos. O primeiro episódio de intoxicação

por álcool tende a ocorrer ainda na adolescência e os transtornos já têm prevalência de 4,6% na faixa etária dos 12 aos 17 anos.

Segundo a Associação Médica Brasileira (2012) cerca de 48% dos brasileiros se declaram abstêmios, ou seja, que não consomem bebida alcoólica, porém a parcela daqueles que fazem uso da substância tem um consumo individual elevado e cerca de 9% da população do país é dependente. A dependência de álcool é uma doença crônica que se não tratada pode ser fatal, como reconhece a Organização Mundial da Saúde desde 1976 e, antes disso, a partir do ano de 1954 o Código Internacional de Doenças (CID) passou a identificar o alcoolismo como doença (MACEDO, 2015).

Para Macedo (2015) se tratando do uso de substâncias psicoativas é difícil delimitar diferenciações totalmente claras entre “uso”, “abuso” e “dependência”, porém existem algumas particularidades sobre os termos que ajudam a caracterizar cada um. “Uso” está relacionado ao consumo de substâncias de modo esporádicos ou situações de experimentação, “abuso” relaciona-se ao consumo de algum tipo de substância que obrigatoriamente traz algum tipo de prejuízo ao indivíduo, enquanto a “dependência” está mais relacionada ao consumo sem controle da substância, considerando também a associação de problemas biológicos, psicológicos ou sociais associados.

O DSM V (2014) chama de “Transtorno por uso de álcool” e o descreve tendo como base os seguintes critérios diagnósticos:

1. Álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de álcool, na utilização de álcool ou na recuperação de seus efeitos.
4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool.
5. Uso recorrente de álcool, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.
6. Uso continuado de álcool, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.
7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de álcool.
8. Uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
9. O uso de álcool é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool.
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

- a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado.
 - b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.
11. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:
- a. Síndrome de abstinência característica de álcool (consultar os Critérios A e B do conjunto de critérios para abstinência de álcool, p. 499-500).
 - b. Álcool (ou uma substância estreitamente relacionada, como benzodiazepínicos) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência (DSM V, 2014, p. 491)

O DSM V (2014) compreende como um padrão problemático de uso do álcool quando o indivíduo manifesta pelo menos dois desses critérios durante um período de 12 meses, o que já pode levar a comprometimento ou sofrimento, o manual também orienta a especificar a gravidade do transtorno como leve (presença de 2 ou 3 sintomas, moderado (presença de 4 ou 5 sintomas ou grave (presença de 6 ou mais sintomas). O transtorno por uso de álcool apresenta tanto sintomas comportamentais quanto físicos, como abstinência, intolerância e fissura (DSM V, 2014).

Este trabalho tem como objetivo compreender o fenômeno do transtorno por uso de álcool considerando o caráter múltiplo das dinâmicas que envolvem o problema, a Psicologia pode oferecer diferentes ferramentas para atuar diante de situações complexas e aqui se busca entender como ela pode compreender o uso problemático do álcool e sua tratativa a partir da perspectiva psicofarmacológica, da perspectiva humanista, da perspectiva da psicoterapia sistêmica e da Gestalt-terapia. A necessidade da abordagem da dependência de álcool através de diferentes perspectivas se dá pela característica biopsicossocial presente na doença.

A dependência das drogas pode ser considerada concomitantemente doença e sintoma. Ou seja, trata-se de uma doença em virtude de possuir características de síndrome, com origens e manifestações determinadas; e por outro lado, também é tida como um sintoma, ao passo que se detecta que por trás de qualquer compulsão existe uma problemática que a origina (MACEDO, 2015, p.16)

A Associação Médica Brasileira (2012) destaca em sua análise de riscos para a dependência de álcool fatores culturais e estruturais da família e do desenvolvimento humano. Segundo a organização o consumo familiar, a história do alcoolismo na família independente de fatores genéticos, relações emocionais

familiares pobres e falta de monitoramento familiar aumentam a chance de ingestão e abuso de bebidas alcoólicas.

Muitas vezes o transtorno por uso de álcool é percebido como uma condição intratável, isso se deve pelo fato de que os indivíduos que se apresentam para tratamento geralmente já têm histórias de problemas graves relacionadas ao álcool, porém os casos mais graves representam apenas uma pequena parcela da totalidade de pessoas que sofrem com o transtorno, em geral o prognóstico com tratamento adequado tende a ser promissor (DSM V, 2014)

Diante da complexidade das questões que envolvem o este transtorno e da amplitude de abordagens e ferramentas disponíveis, tanto para a sua compreensão quanto para o seu tratamento, é necessário buscar na literatura científica orientações e informações que permitam criar um corpo de conhecimento sólido. Para com isso auxiliaras pessoas tanto de maneira individual, através de práticas clínicas, quanto a sociedade como um todo, no desenvolvimento do conhecimento da sua relação com essa substância.

METODOLOGIA DE PESQUISA

A pesquisa bibliográfica em artigos, livros e publicações técnicas das áreas de Medicina, Farmácia e Psicologia foi o método utilizado para a elaboração deste artigo. Ela se operacionalizou através de buscas online em sites do governo e agregadores de material acadêmico e científico. A pesquisa bibliográfica é uma etapa importante para a iniciação e desenvolvimento de qualquer tipo de pesquisa científica, através desse método é possível analisar o conhecimento já existente e publicado e fazer comparações conceituais ou confrontar hipóteses através da revisão dessa literatura (MACEDO, 1994).

A escolha dos descritores para as buscas teve como base combinações das perspectivas abordadas no trabalho “psicologia humanista”, “gestalt”, “psicologia social” e “Psicofarmacologia” com termos relacionados ao assunto “álcool” e “dependência química”. Como critério de seleção dos materiais para elaboração do artigo, após a sua leitura foram excluídos materiais cujo foco fugia dos objetivos da pesquisa.

Para Shaughnessy e Zechmeister (2012) a pesquisa científica é uma atividade pública, o compartilhamento dos seus resultados e a sua publicação permite garantir que o conhecimento possa ser difundido e confrontado assim gerando um processo de lapidação da informação, nesse sentido o autor cita as revistas e plataformas científicas eletrônicas como uma ferramenta importante que auxilia nesse processo de acesso, disseminação e revisão do conhecimento.

PERSPECTIVAS PSICOFAMACOLÓGICAS

Os avanços das últimas décadas nos estudos sobre neurotransmissores e a compreensão das reações químicas no sistema nervoso tem ajudado no desenvolvimento de intervenções farmacológicas relacionadas a diversos processos que envolvem o transtorno por uso de álcool, inicialmente as intervenções farmacológicas focavam sua ação no processo de “Síndrome de abstinência do álcool” porém a evolução dos estudos têm trazido avanços significativos no que diz respeito também a intervenções que auxiliem no tratamento da síndrome de dependência do álcool e seus mecanismos, nesse sentido a intervenção farmacológica age nas bases materiais da síndrome (CASTRO, BALTIERI, 2004).

O álcool quando ingerido promove liberação de dopamina no núcleo acumben do cérebro proporcionando sensação de prazer e configurando assim uma estimulação cerebral reforçadora de comportamento. O reforço neuronal causado pela ativação do sistema de recompensa do cérebro pela ingestão de bebida é classificado como positivo e existem processos de pareamento entre o ato de beber, os ambientes, símbolos relacionados à bebida e o prazer causado pela liberação de dopamina criando assim um processo vicioso (COSTA, 2003).

Por sua vez a síndrome de abstinência do álcool diz respeito à uma série de sintomas que se manifestam quando há uma parada abrupta no consumo do álcool. Esses sintomas físicos podem variar de acordo com a gravidade do processo de dependência e do indivíduo dependente (COSTA, 2003)

A Associação Médica Brasileira (2012) relata que a síndrome de abstinência do álcool ocorre entre 70 e 90% dos dependentes de maneira entre leve e moderada (grau I) e por volta de 5% dos dependentes apresentam síndrome de abstinência do álcool grave (grau II). A síndrome de abstinência do álcool é episódica e pode durar

de 4 a 5 dias, é relativamente rara em indivíduos com idade inferior a 30 anos e tende a ter maior incidência e gravidade com o aumento da idade. A probabilidade de desenvolver aumenta com a quantidade e frequência do consumo (ZEMEL, SADDI, 2015).

A síndrome de abstinência do álcool de grau I apresenta sintomas mais leves como alterações no sono, ansiedade, aumento da frequência cardíaca e sudorese. Já no grau II podem ocorrer sintomas mais intensos como tremores generalizados, alucinações, desorientação e em casos mais graves até sequelas e morte.

O tratamento de transtornos por uso de álcool visto de um modo multidisciplinar tem no fármaco uma das ferramentas que ajuda a estruturar o tratamento do ponto de vista material, no que diz respeito às características fisiológicas da condição o uso do conhecimento da farmacologia tem relação direta auxiliando no controle da síndrome de abstinência. Também pode desempenhar um papel importante no sentido de repor vitaminas ao organismo ou agir de modo psicoativo, no que diz respeito ao controle direto dos processos comportamentais (AMB, 2012).

O dissulfiram foi o medicamento utilizado pela primeira vez no tratamento do transtorno por uso de álcool, em 1948 nos Estados Unidos (AMB, 2012). O dissulfiram, também citado como DSF, é um inibidor irreversível e inespecífico de enzimas, a inibição pode durar até duas semanas após a suspensão do medicamento, é aconselhável que o paciente seja orientado a evitar qualquer fonte de álcool, por exemplo o vinagre (CASTRO, BALTIERI, 2004).

O dissulfiram (DSF) é um inibidor irreversível e inespecífico das enzimas que decompõem o álcool no estágio de acetaldeído. Ao inibir a enzima acetaldeído desidrogenase (ALDH), ocorre acúmulo de acetaldeído no organismo, levando à reação etanol-dissulfiram (HECKMANN; SILVEIRA, 2009, P. 83).

O consumo de álcool durante o tratamento provoca reações físicas desagradáveis que fazem com que o indivíduo desenvolva aversão e rejeição a ingestão do álcool e por isso a pessoa passa a evitar o consumo da bebida alcoólica (CPPAS).

Essa substância inibe a enzima acetaldeído desidrogenase, o que faz com que o acetaldeído se acumule no organismo, provocando inúmeras reações

desagradáveis, como rubor facial, cefaleia, tonturas, náuseas, vômitos, fraqueza, sonolência, sudorese, visão turva, taquicardia e sensação de morte eminente. Esse recurso tem apresentado resultados positivos como coadjuvante no tratamento até hoje (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2012, p. 20).

A naltrexona também é citada pela Associação Médica Brasileira (2012) no tratamento à dependência de álcool, o medicamento tem a função de diminuir o prazer ao beber. Foi aprovado para uso pela primeira vez em 1995 nos Estados Unidos “Ensaio clínicos com naltrexona postularam o período de doze semanas para o tratamento. A naltrexona parece manter as taxas de recaídas até o quinto mês após a sua suspensão” (ANDRADE, ANTHONY, 2009, p. 84).

A naltrexona é um antagonista opioide que age inibindo os receptores opioides atenuando assim os efeitos prazerosos do consumo de álcool (REIS *et al.*, 2014). A administração do medicamento reduz o consumo de álcool através do bloqueio pós-sináptico dos receptores opioides (CASTRO, BALTIERI, 2004) e (CPPAS).

Segundo Ribeiro (2019) os antagonistas opioides bloqueiam os efeitos dopaminérgicos das endorfinas liberadas pelo cérebro e com isso reduzem os efeitos estimulantes do álcool:

As endorfinas atuam, nos receptores $M\mu$ -e δ -opioídes nos interneurônios GABAérgicos na área tegmental ventral, com um efeito desinibidor sobre esses neurônios e dessa forma produzem uma maior liberação de dopamina no núcleo accumbens (NAc), amígdala e prosencéfalo (RIBEIRO, 2019, p. 31).

O acamprosato é utilizado no tratamento da dependência de álcool e recomendado pela AMB (2012) por reduzir o desejo compulsivo que aparece na abstinência. Castro e Baltieri (2004) descrevem que o medicamento inibe a atividade excitatória glutamatérgica suprimindo as respostas condicionadas ao etanol, reduzindo efeitos aversivos da retirada do álcool. O medicamento age diminuindo a atividade excitatória do Sistema Nervoso Central com uma ação de forma semelhante a do GABA (REIS *et al.*, 2014)

Há indícios de que essa medicação reduz a recaptção de cálcio induzida pelo glutamato nos neurônios, suprime as respostas condicionadas ao etanol em animais dependentes, reduz os efeitos aversivos da retirada do álcool e inibe a hiper excitabilidade cerebral do glutamato (ANDRADE, ANTHONY, 2009, p. 86).

Apesar do mecanismo de ação do acamprosato não ser ainda totalmente conhecido sabe-se que é um antagonista do N-metil-D-Aspartato (NMDA, o que regula positivamente os neurotransmissores do sistema excitatório do glutamato ao mesmo tempo que regula negativamente os sistemas inibitórios do GABA (RIBEIRO, 2019).

A respeito de medicamentos promissores para o tratamento é possível citar otopiramato, que reduz a propriedade do reforço positivo do etanol e o sentimento de fissura como descrito pela AMB (2012) também é indicado para auxiliar o tratamento de dependência, para Castro e Baltieri (2004) o medicamento pode ser considerado promissor para perspectivas futuras, pois estudos recentes tem demonstrado que o fármaco reduz o reforço positivo do consumo de álcool.

Segundo Ribeiro (2019) o medicamento tem apresentado resultados positivos na redução do consumo de álcool em testes duplo cego realizados nos Estados Unidos e na Europa e o medicamento também é utilizado em outras patologias.

Para o tratamento de dependentes de álcool com início precoce o ondasetron é visto como um remédio promissor, estudos envolvendo pacientes com histórico familiar e comportamento antissocial que fizeram uso do medicamento demonstraram reduções de consumo, supõe-se que devido à sua ação no sistema serotoninérgico, porém os estudos ainda são iniciais (CASTRO, BALTIERI, 2004).

Ainda sobre medicamentos promissores no tratamento do transtorno por uso de álcool Ribeiro (2019) cita também o balclofeno, gama-hidroxibutirato e o nalmefeno.

PERSPECTIVAS GESTALT-TERAPIA

A Gestalt-terapia é uma abordagem fenomenológica que foca na experiência subjetiva e na consciência do indivíduo, não há uma tradução para a língua portuguesa da palavra “Gestalt” porém em um sentido geral o termo diz respeito a análise da disposição ou configuração de um organismo partindo da premissa que todas as partes analisadas não podem ser a tradução completa do todo do indivíduo, ou seja, a abordagem diz respeito a uma análise específica do indivíduo como um todo sem tentar segmentar em estruturas psicológicas separadas (OLIVEIRA, 2007).

A Gestalt-terapia pode desempenhar um papel importante no tratamento de transtornos relacionados a substâncias psicoativas. É uma escola da Psicologia que não trata o sintoma de modo isolado, ao invés disso o percebe como parte da realidade existencial da pessoa e tenta ajudá-la a compreender essa realidade para promover mudanças. Essa escola busca auxiliar o indivíduo através do encontro terapêutico a desenvolver suas próprias potencialidades que foram muitas vezes impactadas ou perdidas pelo elo disfuncional com a bebida, desse modo a terapia auxilia na construção do caminho para a vida saudável (MACEDO, 2015).

Oliveira (2007) ressalta a importância de incluir o contexto e o meio para conseguir abranger a totalidade do fenômeno, evitando a visão isolacionista. Há a necessidade de perceber a importância do diagnóstico contínuo nos processos de dependência a partir da Gestalt-terapia, o autor aborda a característica fenomenológica da construção do diagnóstico que busca além de entender os mecanismos psicológicos por trás do vício também trazer à tona a percepção do que está acontecendo para o paciente, nesse sentido há a possibilidade ajudar o indivíduo a compreender a sua relação com a substância (MACEDO, 2015).

Macedo (2015) na sua análise clínica sobre a dependência química traz o conceito de contato como base para essa abordagem, ele define a Gestalt-terapia como a “terapia do contato” onde o contato é a relação ou o encontro do indivíduo consigo mesmo ou com o outro, sem perder a perspectiva do mundo presente. O autor explica o contato através de três fases:

O pré-contato é a primeira fase do ciclo na qual predominam as sensações e percepções. A figura de interesse do indivíduo será gerada a partir do estímulo do meio. A segunda etapa do ciclo é a fase ativa dele, o contato. É nesta etapa que o organismo enfrenta o meio e que o objeto desejado se tornará figura, tornando-se fundo a excitação anterior presente no corpo. O contato pleno é a terceira fase do ciclo de contato-retração na qual ocorre a abertura da fronteira de contato. Existe aí uma troca saudável, na qual organismo e meio são indiferenciados. A ação é unificada no aqui e agora. O pós-contato ou retração é a fase final do ciclo de contato-retração. Nessa fase ocorre a assimilação/digestão das experiências que as fazem sair do aqui e agora e irem para a dimensão histórica pertencente a cada um de nós (MACEDO, 2015, p. 21)

Segundo o autor esse movimento favorece o crescimento do indivíduo ocorrendo o fechamento da Gestalt. No caso da dependência o ciclo do contato é comprometido porque o indivíduo deixa de ser um ser de relação para a vida para

viver pela necessidade da substância, o contato se torna caótico ou incompleto. O self que por sua vez está no centro do ciclo de contato também é alimentado por ele criando uma situação de coexistência. Com a quebra do ciclo do contato há assim também a degradação e perda da identidade. (MACEDO, 2015)

Indivíduos como os dependentes químicos, que estão fora de seu equilíbrio ótimo, são frequentemente incapazes de perceber quais de suas necessidades são dominantes ou de definir sua relação com o meio de forma a satisfazer tais necessidades. Assim, ocorrem alterações nos processos funcionais de contato e afastamento, e acabam causando uma distorção na existência do indivíduo enquanto organismo unificado (OLIVEIRA, 2007, p. 51)

Diferente de adictos em drogas ilícitas, segundo a Associação Médica Brasileira (2012), os usuários dependentes de álcool têm maior dificuldade de compreender e admitir a sua relação com a substância como perigosa, tendendo a minimizar os problemas decorrentes da bebida. Para Macedo (2015) há uma relação da percepção do problema com o mecanismo do qual o vício faz parte. O autor traz o conceito de ajustamento criativo como sendo a capacidade do organismo interagir com o meio possibilitando satisfazer suas necessidades. Nesse sentido quando o meio não consegue atender as necessidades ocorre a sua modificação para a relação com a droga, transformando a assim a substância num meio de ajustamento criativo, imperceptível ao sujeito. Trazer à tona a percepção de como esse mecanismo ocorre pode auxiliar o paciente a compreender melhor a sua relação com ele.

Outra característica da Gestalt-terapia que pode auxiliar o dependente químico é a promoção clínica da percepção do “aqui e agora”, a abordagem não investiga o passado com finalidade de buscar traumas e situações inacabadas, ao invés disso valoriza as experiências e dinâmicas presentes, procura tirar o foco do entendimento do “porque” dos comportamentos relacionados ao vício e focar mais nas relações de “como” isso acontece, ampliando a consciência do indivíduo sobre os próprios processos pelos quais está passando (OLIVEIRA, 2007).

PERSPECTIVA DA TERAPIA SISTEMICA FAMILIAR

As terapias sistêmicas em geral são reconhecidas no tratamento do alcoolismo e do abuso de drogas. Esse tipo de abordagem proporciona trocas de experiências, percepções de outros pontos de vista e reconhecimento da relação do indivíduo a um todo que vai além dele e assim proporciona um enriquecimento da percepção que o indivíduo tem sobre o problema e de como lidar com ele (ZEMEL & SADDI, 2015). Autores de outras áreas reconhecem a contribuição das relações familiares no tratamento, Castro e Baltieri (2004) ao analisar estudos sobre a eficiência do tratamento com dissulfiram concluem que a sua eficácia depende da associação de ações que promovam o fortalecimento social e familiar, com a aproximação dos membros da família para fazer parte também do tratamento.

A perspectiva da terapia sistêmica familiar ajuda a compreender o transtorno por consumo de álcool de um ponto de vista que vai além do indivíduo, nessa perspectiva a dependência é vista como um sintoma de crises e disfuncionalidades nas relações interpessoais e no sistema familiar. Esse sintoma pode refletir uma disfuncionalidade do sistema e cumprir a função de encobrir ou estabilizar outros sintomas. A terapia considera então não um indivíduo e sua relação com o álcool mas toda a família nessa mesma relação (ZAMBILLO, CENCI, 2014).

Dentre as intervenções psicoterapêuticas possíveis, está o modelo de entendimento e tratamento proposto pela Terapia Familiar Sistêmica, que indica o tratamento para toda a família e não apenas ao indivíduo identificado com problemas relacionado ao uso e abuso de álcool. Dessa forma, no tratamento buscar-se comprometer todos os membros da família na busca por mudanças, resultando num sistema familiar mais engajado e menos fragmentado para o enfrentamento da problemática relacional (ZAMBILLO, CENCI, 2014, p. 93).

A Associação Médica Brasileira (2012) recomenda terapia sistêmica familiar como um dos métodos no tratamento do transtorno por uso de álcool em períodos de infância e adolescência. O álcool é a droga de experimentação mais comum no Brasil, estima-se que a idade de experimentação nas capitais esteja entre 10 e 12 anos, ainda na infância.

Também é comum que as terapias familiares atuem como primeira abordagem num caso de transtorno por uso de álcool, em situações onde o indivíduo adicto não percebe o seu problema relacionado ao uso da substância as

terapias que envolvem o círculo familiar do paciente podem auxiliar na identificação e compreensão do problema. Essa interação também aproxima os indivíduos e permite a família compreender e acompanhar melhor o desenvolvimento do tratamento (ZEMEL, SADDI, 2015).

A Associação Médica Brasileira (2012) afirma que, devido à pouca compreensão de alguns dependentes de álcool, muitas vezes a relação com a família é que ajuda a revelar e compreender o problema. Do ponto de vista da família a correlação descrita pela associação entre álcool e violência evidencia também o impacto do tratamento no sistema familiar.

A família é um sistema social aberto, composto por elementos em constante interação estabelecendo trocas entre si e também trocas com os sistemas exteriores, trata-se de um sistema em constante mudança e que pode adaptar-se para superar mudanças e dificuldades que possam vir a afetar o sistema (ZAMBILLO, CENCI, 2014).

A homeostase familiar é a tendência de o sistema familiar se manter coeso, estável e seguro na dimensão física e psicossocial. Dessa maneira, a problemática da dependência química é reconhecida como parte dessa funcionalidade familiar e, portanto, contribui para manter a estabilidade desse sistema (TAKAHARA *et al.*, 2017, p. 434).

A família é um sistema em movimento contínuo e por essa razão os padrões relacionais estão em constante mudança. Para manter um estado de equilíbrio o sistema adapta-se tanto às mudanças internas quanto às mudanças externas ou individuais, quando uma dessas adaptações não ocorre ou dá origem a disfunções no sistema surgem crises relacionais, um dos indivíduos da família pode desenvolver sintomas próprios que atraem atenção e cuidados para ele e por consequência gera um novo equilíbrio à família que se encontrava disfuncional. O uso de álcool, bem como outras drogas, pode ser um sintoma desenvolvido pelo indivíduo que de alguma forma serve como mecanismo de mudança de foco do sistema e tentativa de alterá-lo (ZAMBILLO, CENCI, 2014).

Takahara *et al.* (2017) traz em sua revisão integrativa a ideia de que a família pode servir tanto como fator de risco para o transtorno por uso de álcool quanto de proteção, dependendo das dinâmicas e características que a envolvem. Os autores identificaram como fatores de risco situações de rejeição e abandono da família,

divórcio ou separação parental, situação de morte na família, conflito e violência familiar e a falta de comunicação familiar.

Como fatores de proteção foi identificada a presença de uma comunicação assertiva familiar, ou seja, uma relação baseada no diálogo aberto, sincero e flexível, também a importância de vínculos e relações familiares saudáveis e a ausência de consumo de drogas por outros membros da família (TAKAHARA *et al.*, 2017). Em relação às pré-disposições que envolvem a família a Associação Médica Brasileira (2012) relata uma relação muito bem evidenciada entre o alcoolismo e hereditariedade, já sendo reconhecidos vários genes que podem influenciar de maneira protetiva ou negativa no desenvolvimento da dependência. Esse aspecto reforça a relevância da terapia familiar no transtorno por uso de álcool.

Para Zambillo e Cenci (2014) na teoria sistêmica o uso abusivo de álcool tem origem em comunicações e relações disfuncionais na família e função adaptativa, ele representa tanto o fruto das dinâmicas familiares como também influencia nelas. Para os autores a dependência química pode refletir dependências ou ausências relacionais. “A perspectiva sistêmica propõe que a família toda seja envolvida no tratamento e não apenas o paciente identificado, pois toda a família é responsável pelo sintoma (ZAMBILLO, CENCI, 2014, p. 96).

PERSPECTIVA HUMANISTA

Ao abordar o transtorno por substâncias através da psicologia humanista é necessário citar o desafio que há na tentativa de entendimento da dinâmica onde uma alteração química que proporciona um bem estar ao indivíduo também pode desencadear sentimentos e situações que lhe proporcionam um grande mal-estar, a compreensão existencial entende que todo ser humano está lançado ao mundo e nele os seus cuidados de existência se encontram com a complexidade e possibilidades do mundo (SIPAHİ, VIANNA, 2001).

Para Sipahi e Vianna (2001) sob o olhar da Psicologia humanista não há problema com o uso de substâncias psicoativas em si, a questão problemática está relacionada à forma como esse uso acontece e as questões que podem estar ligadas a ele. O mal não está no uso da substância, mas nas razões do uso, consequências negativas e da dependência para a vida da pessoa.

A psicologia humanista através da logoterapia se ocupa de tentar entender o sentido, sendo o sentido da vida a vontade de sentido e a liberdade de vontade. O abuso de substâncias é apontado pela teoria como um problema diretamente relacionado com a falta de sentido (MARQUES *et al.*, 2015). “Pesquisas relacionadas ao abuso de substâncias, assinalando que 90% de alcoólicos relatam falta de sentido em suas vidas (MARQUES *et al.*, 2015, p. 219).

Para entender a razão que leva aos primeiros usos é importante compreender que o início da relação com a substância proporciona ao indivíduo experimentar uma vivência diferente daquela vivida na vida cotidiana, o uso modifica o modo como se sente trazendo à tona a possibilidade de alterar a relação do homem com ele mesmo naquele momento. Nesse contexto o indivíduo pode passar a valorizar a substância como o caminho para uma vida mais prazerosa e plena (SIPAHI, VIANNA, 2001).

Marques *et al.* (2015) traz uma série de estudos que buscam encontrar essa relação entre o desenvolvimento da dependência através da busca pelo prazer imediato e o sentimento de vazio existencial, um processo de retroalimentação que teria o papel de entorpecimento existencial.

A perda da própria identidade e em consequência uma razão pra si mesmo pode ser notada pela análise histórica que acompanha o julgamento moral do termo “alcoólatra” cujo significado literal seria “adorador de álcool”. Há nessa leitura uma visão do indivíduo com controle total sobre a sua vontade, levando a entender aquele que o indivíduo não deixa de beber por “fraqueza” ou falta de vontade (ZEMEL, SADDI, 2015). Há um mecanismo de perda da percepção de valor e reconhecimento social relacionado à bebida. Os mecanismos do vício afastam o sujeito de uma convivência social normal e com ao tempo há a degradação da percepção de valor em si mesmo (MACEDO, 2015).

O isolamento social descrito por Macedo (2015) reforça um aspecto do papel do psicólogo na perspectiva humanista. Nesse caso ele é valorizado como sendo um laço social que o paciente estabelece, desse modo o terapeuta deve proporcionar ao paciente a sensação de que existe a possibilidade de estabelecer laços, que ele não está só, deve se aproximar do seu sofrimento acolhendo seus medos e vergonhas permitindo que através do contato o indivíduo possa perceber novas formas de ser no mundo (SHIPADI, VIANNA, 2001).

O uso repetitivo da substância psicoativa na busca pela realização e pelo prazer passa a restringir a existência do indivíduo, alterando as percepções de tempo e de necessidade de cuidado consigo mesmo ou seu futuro. A diminuição do repertório de vida ocorre nesse mesmo processo onde o dependente encontra sensações já conhecidas de um modo fácil e rápido, tornando desnecessária a busca por prazeres e realizações com dinâmicas mais complexas e consequentemente mais difíceis e lentas (SHIPADI, VIANNA, 2001).

O mecanismo de busca rápida por prazer e realização através da química gera um sistema de tolerância que vai além da tolerância reconhecida pelas visões farmacológicas, pois com o passar do tempo a substância já não traz mais ao indivíduo os resultados obtidos e esperados no começo do uso. Com o passar do tempo o prazer pelas situações novas, obtidas pelo indivíduo, pode diminuir pois elas passam a não ser mais novas, diminuindo a intensidade do prazer e também aumentando a frequência e a quantidade das doses (SHIPADI, VIANNA, 2001).

Marques *et al.* (2015) aponta o papel da psicologia humanista não focada no consumo do álcool como o problema, mas sim na construção de um sentido existencial para o indivíduo.

Contraponto da dependência não pode ser a abstinência de drogas, mas sim, a busca da liberdade. Este é o norte de todo o processo psicoterápico. Liberdade é aqui entendida como a própria abertura humana, a possibilidade de o homem realizar o seu poder ser, poder passear no interior do círculo que é (SHIPADI, VIANNA, 2001, p. 5).

Abordagens humanistas fenomenológicas podem auxiliar no tratamento do dependente de álcool renunciando às explicações determinísticas, buscando preservar o próprio sentido da experiência humana e sua relação com a química. A partir das descrições vividas pela pessoa é possível entrar no seu mundo e auxiliar a elucidar o sentido desse uso e como ele se dá no cotidiano do indivíduo (SHIPADI, VIANNA, 2001).

Marques *et al.* (2015) relata sobre a possibilidade de utilizar psicologias humanistas existenciais no sentido preventivo para o uso problemático de álcool e outras drogas. O autor cita o esvaziamento de sentido causado pela lógica economia e social atual e a possibilidade da terapia humanista pode ajudar a fortalecer a emergência desse sentido e assim agir como fator protetivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do presente artigo é possível compreender o transtorno por uso de álcool como um fenômeno complexo sobre o qual uma visão ampliada e multidisciplinar oferece a possibilidade de um tratamento mais eficiente e com melhores resultados. Trata-se de um transtorno cujas origens são diversas e se confundem com a cultura, percepção individual e características químicas dos sujeitos afetados. O uso do álcool por si só não configura um problema, porém para alguns indivíduos há o desenvolvimento de um padrão problemático e a Psicologia busca compreender esse padrão e desenvolver tratamentos que respondam às necessidades desse indivíduo. A Psicologia então procura em vertentes com diferentes premissas modos mais eficientes que tratar o transtorno abrindo a possibilidade de associá-las para obter melhor resultado.

A psicofarmacologia tenta compreender os efeitos diretos do álcool no sistema nervoso e a partir daí desenvolver intervenções químicas que possam manipular as reações cerebrais e assim alterar os mecanismos fisiológicos e comportamentais que envolvem o transtorno. A Gestalt-terapia busca fazer uma análise do indivíduo como um todo, tentando auxiliar cada pessoa a partir da sua própria percepção de mundo. Com essa perspectiva a relação problemática do indivíduo com o álcool é vista a partir do seu processo e como ele acontece, focando na experiência imediata da pessoa com a droga.

A partir da terapia sistêmica familiar o transtorno deixa de ser visto como um problema individual e passa a ser percebido como um sintoma de um grupo familiar disfuncional, há a mudança do foco do problema do indivíduo para o grupo e as ferramentas buscam trabalhar todas as relações familiares. A perspectiva humanista não vê o uso da substância em si como um problema mas o significado que aquele uso tem para o indivíduo e como isso reflete a sua visão da realidade, a partir dessa perspectiva é percebida uma relação entre o abuso de drogas e o sentido da vida para cada indivíduo, esse ponto de vista foca na construção de um sentido para o indivíduo ao invés de focar no problema relacionado ao consumo.

Com uma pesquisa voltada para quatro diferentes perspectivas foi possível compreender o papel de cada uma delas e enriquecer o corpo de conhecimento a respeito do uso problemático de álcool. Abrindo a possibilidade de novas pesquisas

e análises envolvendo o tema do uso de álcool e da interdisciplinaridade que o estudo da Psicologia permite.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM V**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Projeto Diretrizes: abuso e dependência de álcool**. 1. ed. Brasil: ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2012.

ANDRADE, Arthur G.; ANTHONY, James C.; SILVEIRA, Camila M. **O álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. Barueri: Minha Editora, 2009.

CASTRO, Luís André; BALTIERI, Danilo Antônio. Tratamento farmacológico da dependência do álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, supl. 1, p. 43-46, maio 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 out. 2020.

COSTA, Rita M. R., **O álcool e seus efeitos no sistema nervoso**. 2003. Trabalho de conclusão de curso (Monografia). Centro universitário de Brasília – Faculdade de ciência da saúde, Brasília, 2003.

DIRETORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (DISSAM). **Uso do dissulfiram e naltrexona no tratamento da dependência de álcool**. Brasil: Governo do Distrito Federal, Secretaria de Estado de Saúde.

HECKMANN, Wolfgang; SILVEIRA, Camila Magalhães. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: ANDRADE, A.G.; ANTHONY, J.C.; SILVEIRA, C. M. **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. Barueri (SP): Minha Editora, 2009, p. 67-87. Disponível em <<https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1333061511alcoolesuasconsequencias-pt-cap3.pdf>>. Acesso em 19 nov. 2020.

MACEDO, Marcus B. B. **O tratamento da dependência química sob o olhar da Gestalt-terapia**. Inst. Carioca de Gestalt Terapia, Rio de Janeiro, mar. 2015. Disponível em <https://www.icgt.com.br/documentos/monografias/monografia_marcus_icgt.pdf>. Acesso em 12 out. 2020.

MACEDO, Neusa D. **Iniciação à pesquisa bibliográfica: guia do estudante para a fundamentação do trabalho de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1994.

MARQUES, Laura B. *et al.* Vazio existencial e o abuso do álcool: contribuições da logoterapia. **Rev. Ass. Brasileira de logoterapia e análise existencial**, n. 4, p. 217-229, Logos e existência, 2015. Disponível em <<file:///C:/Users/clebe/AppData/Local/Temp/24395-Texto%20do%20artigo-58725-1-10-20160112.pdf>>. Acesso em 23 out. 2020.

OLIVEIRA, Ingrid B. S. **Tecendo saberes**: fenomenologia do tratamento da dependência química. 2007. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2007. Disponível em <<http://ppgp.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/dissertacoes/Turma%202005/Ingrid%20Bergma.pdf>>. Acesso em 15 out. 2020.

REIS, Gecivaldo A. *et al.* Alcoolismo e o seu tratamento. **Revista Científica do ITPAC**, v. 7 n. 2, p. 1-11, 2004. Disponível em <<https://assets.unitpac.com.br/arquivos/revista/72/4.pdf>>. Acesso em 19 nov. 2020.

RIBEIRO, João P. C. **Eficácia do tratamento do alcoolismo**: monografia. 2019. Dissertação de Mestrado – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 2019, Lisboa Disponível em <https://recil.grupolusofona.pt/bitstream/10437/10114/1/Tese_Final_Jo%c3%a3o_Ribeiro.pdf>. Acesso em 19 nov. 2020.

SHAUGHNESSY, John J. ZECHMEISTER, Eugene B. ZEICHMEISTER, Jeanne S. **Metodologia de pesquisa em psicologia**. 9. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

SIPAHI, Fabiano M.; VIANNA, Fernanda C. Uma análise da dependência de drogas numa perspectiva fenomenológica existencial. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 19, n. 4, p. 503-507. Disponível em <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v19n4/v19n4a02.pdf>>. Acesso em 16 out. 2020.

TAKAHARA, Andressa H. *et al.* Relações familiares, álcool e outras drogas: uma revisão integrativa. **Rev. APS**, v. 20 n. 3, p. 434-443, Universidade Federal de São Carlos, 2017. Disponível em <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15999>>. Acesso em 20 out. 2020.

ZAMBILLO, Marciana; CENCI, Cláudia M. B. Equilibristas embriagados: a dinâmica familiar alcoolista pelos vieses da Psicoterapia Familiar Sistêmica. **Rev. Aletheia**, v. 43-44, p. 91-1-4, Universidade Luterana no Brasil. Canoas, 2014. Disponível em <<https://www.redalyc.org/pdf/1150/115039411007.pdf>>. Acesso em 18 out. 2020.

ZEMEL, Maria L. S.; SADDI, Luciana. **Alcoolismo**. São Paulo: Blucher, 2015.

O IMPACTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER SOB UMA VISÃO AMPLIADA DA PSICOLOGIA

Karolayne Chagas Tromm¹⁵

Fabio Ricardo Ledesma¹⁶

Príncela Santana da Cruz¹⁷

Renata Carvalho Nascimento Freitas¹⁸

RESUMO

O presente artigo originou-se através da proposta de atividade integrada, envolvendo as disciplinas de TTP (Teorias e Técnicas Psicoterápicas) Gestalt, TTP Humanista, TTP Sistêmica e Psicofarmacologia, tendo como foco a doença de Alzheimer. Considerando a abrangência das abordagens psicológicas, este artigo tem como objetivo ampliar a visão e desenvolver pesquisas acerca do tratamento, envolvendo diferentes linhas de pensamento. Compreende-se que o Alzheimer pode atingir de forma severa o paciente com este diagnóstico, levando-o gradualmente a perda excessiva de funções cognitivas e psíquicas, e conseqüentemente isso pode refletir nos indivíduos próximos e de relação afetiva. Nesse sentido, apresentam-se abordagens e suas possibilidades de tratamento terapêutico, destacando como efetiva a terapia com cuidadores e familiares a fim de promover um ambiente saudável e que possa proporcionar ao doente a amenização dos sintomas do Alzheimer. Sabe-se que para a doença de Alzheimer ainda não existe cura, mas que existem fármacos que auxiliam os pacientes na redução e prorrogação do aparecimento dos sintomas. Comprovou-se que o tratamento farmacológico tem melhor resultado quando conciliado com a psicoterapia.

Palavras-Chave: Alzheimer. Abordagens psicológicas. Intervenções multidisciplinares.

ABSTRACT

This article originated through the proposal of integrated activity, involving the disciplines of Gestalt TTP, Humanistic TTP, Systemic TTP and Psychopharmacology, focusing on Alzheimer's disease. Considering the scope of psychological approaches, this article aims to broaden the vision and develop research about treatment, involving different lines of thought. It is understood that Alzheimer's can severely affect the patient with this diagnosis, gradually leading to an excessive loss of cognitive and psychic functions, and consequently this can reflect

¹⁵ Acadêmico do curso de Psicologia, Universidade do Contestado – UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: karol_chagas2@hotmail.com

¹⁶ Docente do curso de Psicologia, Universidade do Contestado - UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: fabio.ledesma@professor.unc.br

¹⁷ Docente do curso de Psicologia, Universidade do Contestado - UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: princela.cruz@professor.unc.br

¹⁸ Docente do curso de Psicologia, Universidade do Contestado - UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: renatafreitas@professor.unc.br

on close and affective individuals. In this sense, approaches and their therapeutic treatment possibilities are presented, highlighting how effective therapy with caregivers and family members is in order to promote a healthy environment that can provide the patient with the alleviation of Alzheimer's symptoms. It is known that for Alzheimer's disease there is still no cure, but that there are drugs that help patients to reduce and extend the onset of symptoms. It has been proven that pharmacological treatment has better results when combined with psychotherapy.

Keywords: Alzheimer's. Psychological approaches. Multidisciplinary interventions.

INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer também conhecida como “mal de Alzheimer” é considerada uma afecção neurodegenerativa progressiva que acarreta sintomas como: degradação da memória, declínio mental, dificuldade em pensar e compreender, confusão mental, delírio, desorientação, esquecimento, invenção de acontecimentos, dificuldade de concentração, incapacidade de fazer cálculos simples, incapacidade de reconhecer coisas comuns, podendo levar a demência. Sabe-se que a origem do Alzheimer pode ser através da herança genética, neste caso a doença pode se manifestar mais cedo, por volta dos 40 anos. “Segundo Lima (2006) 5% da incidência do Alzheimer são de pessoas que estão acima de 65 anos, 40%, acima de 80 anos, e 45%, acima de 90 anos, aumentando progressivamente seus sintomas com o avançar da idade” (*apud* GUSMÃO, 2017, p. 3).

A Gestalt também conhecida pela terapia do contato, promove ao cliente o enfoque em si mesmo, fazendo correlação ao ambiente, o objetivo é auxiliar o paciente a levar uma vida plena. A abordagem também se baseia em uma visão holística do indivíduo procurando trazer soluções com base no aqui-agora.

A doença de Alzheimer sob a perspectiva da Gestalt compreende o paciente diagnosticado e o grupo familiar, o qual passa por mudanças no cotidiano, segundo Fukumitsu *et.al* (2009, p. 1) “a ação de cuidar exige um olhar atento e está inserido numa dinâmica dialética entre o cuidador e aquele que é cuidado. Neste sentido, cuidar possibilita a presença do potencial de saúde que pode emergir neste contexto.”

Nesse sentido, Gusmão (2017, p. 12) discorre acerca do trabalho da Gestalt sobre a doença em questão:

Apesar de não poder contribuir diretamente na diminuição dos efeitos da doença (em seu lado fisiológico), a psicoterapia de base fenomenológica pode abordar o cliente de forma a respeitá-lo enquanto ser-no-mundo, cheio de potência de ser e carregado de uma história que poderá ser a chave do processo terapêutico com a família.

Com relação ao processo terapêutico voltado a Psicofarmacologia, cabe ressaltar que o paciente desenvolve perda de memória, declínio cognitivo e diminuição na aquisição de novas informações, com a progressão da doença o paciente pode perder toda capacidade de aprendizado. Conforme discorre Forlenza (2005) “com a evolução da doença, o processo degenerativo se espalha para o neocórtex de associação, atingindo áreas cerebrais responsáveis por outros processos cognitivos.” Sendo a psicofarmacologia o campo de estudo e pesquisa acerca dos remédios que atuam no sistema nervoso (usados normalmente no controle de transtornos mentais), bem como a atuação do mesmo no organismo. O tratamento farmacológico sobre a DA é dividido por Forlenza (2005) das seguintes formas: terapêutica específica, abordagem profilática, tratamento sintomático e terapêutica complementar, ainda, Oliveira et.al (2018) enfatiza que o “tratamento da DA envolve não somente estratégias farmacológicas, mas também de intervenções psicossociais para o paciente e seus familiares.”

Conforme já colocado em pauta, a família/cuidador da pessoa portadora de Alzheimer precisa de atenção diferenciada que alcance bons resultados na qualidade de vida. Nesse sentido, este artigo também coloca os princípios da psicologia sistêmica, considerando a doença e os sistemas no qual o indivíduo está inserido, “A família é considerada um paciente, passível de atendimento, tanto quanto aquele que adoece” (CAMPOS, et. al., 2004, p.208 citado por NEUMANN, 2010, p.41). Conforme explica Neumann (2010, p.41), “a família recorre a mecanismo de defesa para tentar se proteger quando se sente ameaçada pela doença, e desta forma tenta evitar o sofrimento.”

A abordagem humanista reconhece a pessoa com um valor imensurável, defende as questões comunitárias do que o individualismo, dentro desta corrente se insere também a abordagem centrada na pessoa, a qual:

[...] busca resgatar o respeito e a ênfase no ser humano, destacando o papel dos sentimentos e da experiência como fator de crescimento. Busca centrar-se na relação interpessoal, construindo condições psicológicas

adequadas ao desenvolvimento do potencial de mudança daquele que recorre a uma relação de ajuda. (BEZERRA *et.al*, 2012)

A DOENÇA DE ALZHEIMER

A doença de Alzheimer é um distúrbio cerebral progressivo que leva um declínio gradual irreversível nas habilidades cognitivas, que segundo Feldman (2015) inicia-se como simples esquecimentos, como datas comemorativas, aniversários e compromissos. Entretanto, a doença é progressiva, o que piora a capacidade de memória do indivíduo ao longo do tempo. Os estágios da doença de Alzheimer foram separados e citados por Consumer Reports (2009) da seguinte forma:

SEM DOENÇA DE ALZHEIMER: Esquece coisas ocasionalmente. Coloca objetos no lugar errado, como chaves, óculos, contas, papéis. Esquece o nome ou títulos de algumas coisas como filmes, livros, nomes de pessoas. Alguma redução de capacidade de lembrar palavras quando fala. É distraído ou às vezes vago nos detalhes. Esquece de fazer coisas, tal como consultas médicas.

ESTÁGIO INICIAL: Perda de memória de curto prazo, geralmente menor. Não percebe os lapsos de memória. Alguma perda, geralmente menor na capacidade de reter informação recebida recentemente. Esquece coisas e é incapaz de lembrá-las, tal como o nome de um bom amigo ou de um membro da família. Funciona em casa normalmente, com confusão mínima, mas pode ter problemas no trabalho ou em situações sociais. Os sintomas podem ser perceptíveis apenas para o cônjuge ou para parentes/amigos próximos.

ESTÁGIO INTERMEDIÁRIO: A perda de memória de curto prazo aprofunda-se, pode começar a esquecer conversas completamente ou o nome da rua onde mora, o nome de entes queridos ou como dirigir um carro. A confusão mental aprofunda-se tem problemas para pensar com lógica. Alguma perda de autoconsciência. Pode ficar desorientado de onde está. Capacidade prejudicada de realizar mesmo operações aritméticas simples. Pode se tornar mais agressivo ou passivo. Dificuldades para dormir. Depressão.

ESTÁGIO FINAL: Prejuízo cognitivo grave e perda de memória de curto prazo. Prejuízo de fala. Pode repetir conversas várias vezes. Capacidade de raciocínio e julgamento muito pobres. Negligência da higiene pessoal. Alterações de personalidade; pode se tornar abusivo, altamente ansioso, agitado, delirante ou mesmo paranoide. Podem necessitar assistência extensiva com atividades da vida diária.

Com relação ao surgimento da doença de Alzheimer, Feldmann (2015 p. 232) discorre:

As causas da doença de Alzheimer não são plenamente compreendidas. Evidências crescentes sugerem que a doença de Alzheimer resulta da suscetibilidade herdada a um defeito na produção da proteína beta-amiloide, que é necessária para a manutenção das conexões das células

nervosas. Quando a síntese da proteína beta-amiloide entra em colapso, formam-se grandes aglomerados de células, desencadeando inflamação e deterioração dos neurônios do cérebro.

A DOENÇA DE ALZHEIMER SOB PERSPECTIVA DA GESTALT

A Gestalt terapia é considerada a “terapia do contato”, entretanto ela não se restringe a uma forma de terapia, ela também é uma forma de ver o mundo, que tem como base os aspectos fenomenológicos e existencialistas.

O existencialismo parte do princípio que o homem é um ser particular, com vontades e liberdades pessoais, de acordo com Ribeiro (1985), citado por Miranda (2003) “focaliza-se na existência humana, voltando-se para a subjetividade e a singularidade da experiência de cada ser humano”

Já a fenomenologia vem da palavra “fenômeno” que para Miranda (2003, p. 13) é conceituada como:

A própria palavra fenômeno já nos remete a aquilo que aparece, aquilo que se mostra por si e, portanto, a fenomenologia seria uma forma de olhar algo (o fenômeno) para ver aquilo que se mostra em si mesmo no aqui e agora, tendo em suspenso todos os a priori, tudo que já foi dito, o que já foi feito, com uma espécie de olhar ingênuo, puro.

Nesse sentido, cabe ressaltar que a Gestalt terapia foi concebida por Fritz Perls no ano de 1950 e busca explicações racionais e lógicas para acontecimentos relativos ao homem que apresenta um quadro de desequilíbrio psicológico.

A Gestalt-terapia utiliza de técnicas de cunho criativo, científico, poético e artístico, e seus objetivos terapêuticos estão relacionados a definição atual de saúde, “ nesta perspectiva mais global, a terapia passa a visar o desenvolvimento do bem estar harmonioso, e não a cura, ou a reparação de alguma doença a partir de um referencial de normalidade estatística” (MIRANDA, 2003, p. 10).

Com relação a doença de Alzheimer centrada na perspectiva da Gestalt, cabe ressaltar que “é interessante que haja um trabalho junto aos familiares e cuidadores, para que estes possam entrar em contato com os sentimentos e sensações que vão surgindo ao decorrer das experiências e vivências com a pessoa com Alzheimer” (GUSMÃO; GUSMÃO, 2017, p. 148). Se faz importante o trabalho em grupo, pois nesse caso o paciente e o grupo familiar podem estar entrando em contato com conteúdos internos compreendendo fenômenos que compõem a sua história. “Isso

permite que o sujeito possa reconhecer sua participação nos momentos da própria vida, o que abre portas para que ele possa se atualizar e criar novas possibilidades de existência” (GUSMÃO; GUSMÃO, 2017, p.148).

Considerando os sintomas e as perdas significativas da doença de Alzheimer, o questionamento feito por Gusmão *et.al* (2017) é de como trabalhar a abordagem fenomenológica com pacientes que não conseguem lembrar de acontecimentos recentes e tem um discurso incoerente por conta do impacto da doença? Nesse sentido o autor supracitado ressalta a importância do trabalho em família, e sugere ao paciente acometido pela doença outras formas de tratamento.

O foco da terapia de base fenomenológica seja a família e os cuidadores do cliente com Alzheimer, e não o cliente em si. Isso não quer dizer que o cliente seria esquecido, pois outras abordagens como a comportamental e a cognitiva, que pretendem aplicar atividades que produzam no portador da demência uma melhor qualidade de vida visando aliviar o impacto da doença e fazendo com que ele tem o mínimo de autonomia, poderiam ser usadas. (GUSMÃO; GUSMÃO, 2017, p.149)

Nesse sentido o autor supracitado se refere a importância do ambiente no tratamento da doença:

No caso das abordagens fenomenológicas, o trabalho em grupo com a família provocaria efeitos benéficos na qualidade de vida do cliente, pois essa qualidade de vida só pode ser concedida através do grupo responsável pelo doente. Só as pessoas que cuidam do cliente estarão aptas a produzir um ambiente material e afetivo favorável para a obtenção de uma vida mais tranquila (BRASIL; ANDRADE, 2013 citado por GUSMÃO; GUSMÃO, 2017, p.149).

“O psicoterapeuta pode criar atividades lúdicas com o cliente com mal de Alzheimer, visando conhecer qual é a real situação vivida pelos familiares no dia-a-dia, convivendo um pouco com ele e percebendo como é seu estilo de vida” (GUSMÃO; GUSMÃO, 2017, p. 150).

A psicoterapia de base fenomenologia, compreendida diretamente, não diminui os efeitos fisiológicos da doença de Alzheimer, entretanto ela “ pode abordar o cliente de forma a respeitá-lo enquanto ser-no-mundo, cheio de potência de ser e carregado de uma história que poderá ser a chave do processo terapêutico com a família” (GUSMÃO; GUSMÃO, 2017, p. 150).

A DOENÇA DE ALZHEIMER SOB PERSPECTIVA HUMANISTA

A abordagem humanista tem como princípio de que as pessoas tem o controle do seu comportamento, podem fazer escolhas sobre sua vida e são essencialmente responsáveis pela solução dos próprios problemas (FELDMAN, 2015). A terapia humanista baseia-se na auto responsabilidade, e as diversas terapias que encontram-se nesta categoria partem de um pensamento similar: “temos controle do próprio comportamento, podemos fazer escolhas sobre o tipo de vida que desejamos viver e depende de nós resolvermos as dificuldades que encontramos na vida diária” (FELDMAN, 2015, p. 507).

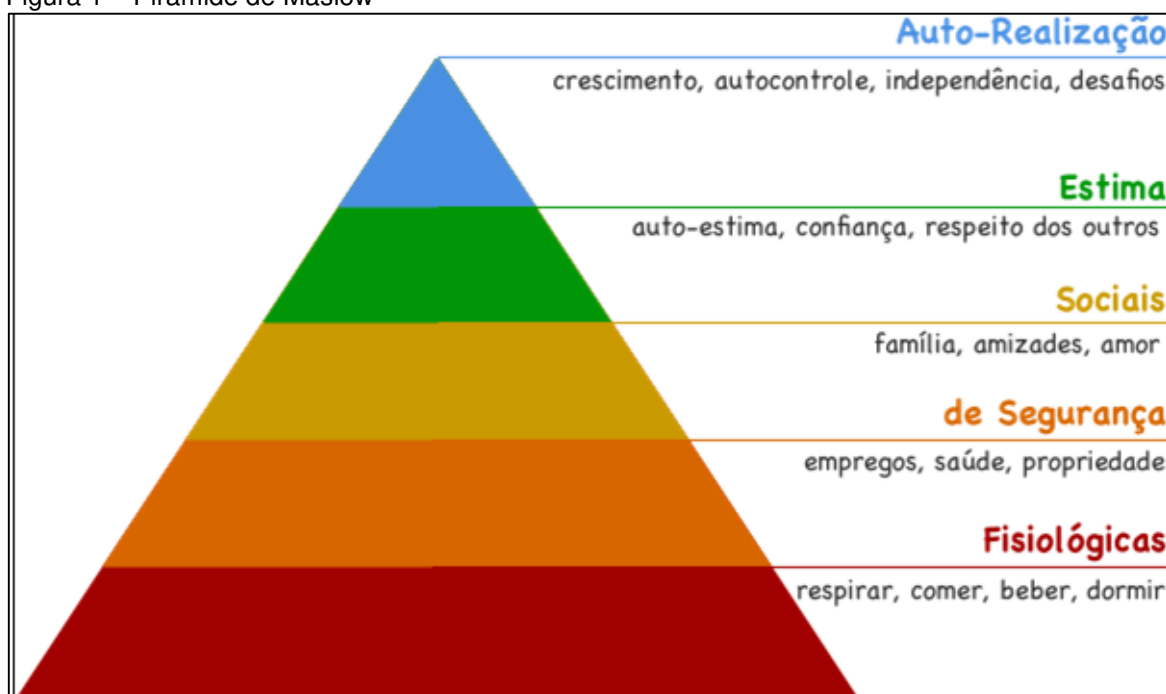
Considerando a doença de Alzheimer numa perspectiva humanista, sabe-se que os terapeutas utilizam de técnicas que auxiliam as pessoas a compreender-se e encontrar um ideal do qual desejam para si. Nesse sentido, segundo Cain (2002) e Watson *et. al.* (2011) os transtornos psicológicos são resultado da incapacidade de encontrar significado para a vida, somando sentimentos de solidão, além do distanciamento e falta de conexão com os outros (citado por FELDMAN, 2015, p. 507)

O tema em questão refere-se a uma doença neurodegenerativa que afeta gradualmente as habilidades de cognição, podendo ser agravadas com o tempo, levando a pessoa ao declínio total. Nesse caso o questionamento estaria nos benefícios de aplicar técnicas voltadas a auto realização em pessoas com Alzheimer. A melhor forma de abordar a terapia humanista nesse caso, seria trabalhar em conjunto com o cuidador/familiar, adentrando nos aspectos de aceitação, tomada de decisões, podendo também expressar problemas e sentimentos.

Com relação a pessoa com Alzheimer, cabe analisar suas reais necessidades dentro da perspectiva humanista. É possível então se basear na pirâmide de Maslow que foi desenvolvida e apresentada pelo psicólogo Abraham Maslow. Esta pirâmide traz um demonstrativo do percurso que o indivíduo precisa percorrer para atingir a auto realização. Na base estão as necessidades fisiológicas (comer, beber dormir, etc), adiante apresenta-se a segunda camada que é a da segurança, onde a motivação do indivíduo será focada em sua segurança e autopreservação, a pessoa com Alzheimer devido a frequência de esquecimentos pode acabar perdendo essa

estabilidade de segurança, e necessite da ajuda de uma outra pessoa para que consiga reestabelecer este conforto. A terceira camada refere-se as necessidades sociais onde as pessoas tendem a buscar por relacionamentos amorosos, familiares e entre amigos, no entanto, a pessoa com Alzheimer pode encontrar dificuldades em suprir esta necessidade por conta do possível sentimento de não pertencimento ao grupo. A quarta camada é sobre autoestima, onde as pessoas procuram meios de se sentirem valorizadas, o ambiente familiar pode favorecer para que a pessoa com Alzheimer supra esta necessidade. Por fim a quinta camada refere-se à autorrealização, que é atingida quando o indivíduo supre as camadas anteriores.

Figura 1 – Pirâmide de Maslow



Fonte: Ghermandi (2018)

Como visto, o indivíduo acometido pela doença de Alzheimer, encontrará dificuldades para suprir todas as necessidades da pirâmide, a família torna-se peça fundamental para auxiliar o paciente nesse processo. A abordagem humanista pode ser aliada para trabalhar na aceitação dos sintomas e do tratamento, podendo promover melhor qualidade de vida.

A DOENÇA DE ALZHEIMER SOB PERSPECTIVA DA PSICOFARMÁCOLOGIA

A Psicofarmacologia é a área que trata de substâncias psicotrópicas, realizando também estudos acerca de como os psicotrópicos e psicofármacos agem no sistema nervoso central (SNC), compreendendo dessa forma o tratamento de psicopatologias e doenças. De acordo com Kuhn (2005, p. 222):

A via da psicofarmacologia é clara: considera o doente um organismo que deve ser compreendido biologicamente e explorado por meio dos métodos das ciências naturais, utilizando, para tanto, em primeiro lugar, a indução. Entre os fenômenos que ela encontra, estrutura grupos conforme a similitude de seu aparecimento, coordenando isso por acréscimos sucessivos.

Ainda segundo Kuhn (2005, p. 222), sobre a psicofarmacologia ser uma área advinda da farmacologia:

À psicofarmacologia, no entanto, pertence igualmente a farmacologia propriamente dita destas substâncias. Ela explora seu modo de ação sobre as estruturas anatômicas e os processos metabólicos por meio da experimentação no animal e dos métodos bioquímicos.

O tema em pauta, refere-se a doença de Alzheimer e os tipos de tratamentos farmacológicos. Nesse sentido Forlenza (2005, p. 139) define que o tratamento farmacológico da DA ocorre em quatro níveis, sendo:

(1) Terapêutica específica: que tem como objetivo reverter processos patofisiológicos que conduzem à morte neuronal e à demência; (2) Abordagem profilática: que visa a retardar o início da demência ou prevenir declínio cognitivo adicional, uma vez deflagrado processo; (3) Tratamento sintomático: que visa restaurar, ainda que parcial ou provisoriamente, as capacidades cognitivas, as habilidades funcionais e o comportamento dos pacientes portadores de demência e (4) Terapêutica complementar: que busca o tratamento das manifestações não cognitivas da demência, tais como depressão, psicose, agitação psicomotora, agressividade e distúrbio do sono.

A Food and Drug Administration aprovou para tratamento do Alzheimer, os medicamentos: Memantina, gelantamina, rivastigmina, donepezil. No Quadro 1 segue funcionalidade do medicamento, bem como possíveis efeitos colaterais:

Tabela 1 - Funcionalidade do medicamentos utilizados para tratamento do Alzheimer

NOME DO MEDICAMENTO	TIPO DO MEDICAMENTO	SINTOMAS	COMO ELE FUNCIONA	EFEITOS COLATERAIS COMUNS
MEMANTINA	Antagonista de N-metil D-aspartato (NMDA)	Moderados e graves	Bloqueia os efeitos tóxicos associados com excesso de glutamato e regula a ativação de glutamato	Tontura, cefaleia, constipação, confusão
GELANTAMINA	Inibidor de colinesterase	Leves a moderados	Previne a decomposição de acetilcolina e estimula os receptores nicóticos a liberar mais acetilcolina no cérebro	Náusea, vômitos, diarreia, perda de peso, perda de apetite.
RIVASTIGMINA	Inibidor de colinesterase	Leves a moderados	Previne a decomposição de acetilcolina e butirilcolina (uma substância química do cérebro semelhante à acetilcolina) no cérebro	Náusea, vômitos, diarreia, perda de peso, perda de apetite, fraqueza muscular
DONEPEZIL	Inibidor de colinesterase	Leves a moderados e moderados a graves.	Previne a decomposição de acetilcolina no cérebro	Náusea, vômitos, diarreia.

Fonte: Whitbourne e Halgin (2015)

Os medicamentos utilizados para tratar a doença de Alzheimer são em sua maioria inibidores de AChE (acetilcolinesterase), afim de aumentar a concentração de acetilcolina no cérebro (mensageiro químico importante na capacidade de memória, de aprendizado e do sono)

Para Rang (2001) A acetilcolinesterase (AChE) é:

[..]uma enzima pertencente à família das colinesterases, sendo responsável pela finalização da transmissão dos impulsos nervosos nas sinapses colinérgicas pela hidrólise do neurotransmissor acetilcolina (ACh). A AChE está presente no sistema nervoso central e periférico (*apud* PETRONILHO *et al*, 2011, p. 4)

Com relação a segurança da pessoa com Alzheimer, raras vezes é prescrito para tratamento o medicamento “tacrina”. Os efeitos colaterais descritos na tabela acima trazem um demonstrativo de efeitos “toleráveis”, entretanto, os fármacos considerados anticolinesterases podem ter efeitos mais graves, como: desmaios, depressão, ansiedade, reações alérgicas graves, convulsões, frequência cardíaca lenta ou irregular, febre e tremor. Para tanto, o profissional ao prescrever determinado medicamento para tratamento do Alzheimer, deve analisar os benefícios dos efeitos colaterais, e possíveis interferências no organismo ao

considerar os outros medicamentos que o paciente usa para tratar de outros problemas de saúde. (WHITBOURNE; HALGIN, 2015)

A DOENÇA DE ALZHEIMER SOB PERSPECTIVA SISTÊMICA

A terapia sistêmica tem como base a terapia familiar, sendo também inspirada na teoria geral dos sistemas, na teoria cibernética, entre outras. O pensamento sistêmico é aplicado aos seres vivos em geral e aos sistemas do qual fazem parte. A teoria dos sistemas define que o todo é maior que as partes, fazendo referência a um padrão interativo. (CELESTINO; BUCHER-MALUSCHKE, 2015)

Para Minuchin, 1982, citado por Falcão e Bucher-Maluschke (2009, p. 139):

Numa ótica sistêmica, a família pode ser considerada um sistema aberto, devido ao movimento de seus membros dentro e fora da interação de uns com os outros e com os sistemas extrafamiliares, num fluxo constante de informação, energia e material. Assim, os comportamentos e as ações de um dos seus membros tanto influenciam como são influenciados pelos dos outros. O sistema familiar se diferencia e exerce suas funções através de subsistemas. Cada membro é um subsistema, ou grupos maiores, que possibilitam a composição de outros subsistemas, por geração, sexo, função ou interesse.

A doença de Alzheimer, quando trabalhada na perspectiva sistêmica abrange a saúde do sistema familiar como um todo, envolvendo todos os aspectos, desde o cuidado do familiar acometido pela doença, até responsabilidade financeira, divisão de tarefas etc.

Outro aspecto relevante na determinação da saúde do sistema familiar é a coesão. Este termo é geralmente definido como vínculo emocional ou ligação afetiva entre os membros da família (KELSEY-SMITH, BEAVERS, 1981; OLSON, RUSSEL, SPRENGLE, 1983). Segundo Penna (2004), nas famílias coesas os membros referem ter engajamento e envolvimento entre si, proporcionam apoio mútuo, são capazes de compartilhar sentimentos de dor, toleram melhor as emoções negativas e são as que melhor prestam apoio ao parente enfermo. Um aspecto relacionado à alta coesão familiar é a capacidade de adaptação diante de eventos que possam vir a afetar negativamente o sistema. Porém, de acordo com Wood (1985), graus extremos de coesão, sejam em direção à alta ou à baixa coesão, estão associados à disfunção familiar. (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009, p. 139)

A coesão do grupo familiar pode ser afetada com o aparecimento da doença de Alzheimer, para Silveira (2003) citado por Falcão et. al. (2009) os familiares

tendem a lidar de maneiras diferenciadas quando vivenciam esta doença na família, por exemplo, alguns podem se afastar para evitar conflitos, ou até pelo medo de desenvolver a demência e redefinir papéis acaba sendo necessário em alguns casos. O autor supracitado ainda destaca que as relações familiares anteriores a doença interfere nas relações atuais, e que podem resultar tanto em experiências positivas quanto negativas.

A doença de Alzheimer é progressiva, ou seja, que ocorre o agravamento dos sintomas a partir do tempo, impossibilitam o paciente de realizar atividades instrumentais, que necessitem planejamento, como tomar medicação adequadamente, fazer compras, manusear dinheiro ou ir retirar o salário/aposentadoria e até mesmo de sair de casa sozinho. Quando a doença chega a fase avançada o cuidado e monitoramento por parte dos cuidadores precisa ser maior, pois a pessoa perde a autonomia em realizar atividades básicas como vestir-se, tomar banho, alimentar-se, podendo levar o paciente ao ponto de não conseguir mais controlar as eliminações fisiológicas (BARREIRA, 2017)

Diante desta mudança, é necessário que a família reorganize as funções e papéis dos membros, afim de auxiliar o paciente nas atividades que antes desenvolvia normalmente. Conforme discorre Barreira (2017, p. 11) “assim como a doença se modifica e evolui, o impacto dela sobre a família também acompanha esse processo”.

Além do aumento de tarefas é somado a carga financeira, de acordo com o autor supracitado os gastos com o agravamento da DA são significativos, sendo: “tratamento medicamentoso (que pode incluir cerca de cinco medicamentos diferentes, ministrados diariamente ao paciente), fraldas, tratamentos terapêuticos (terapia ocupacional, fisioterapia, psicoterapia), etc” (BARREIRA, 2017, p. 13)

As intervenções sistêmicas são fundamentais e precisas em diversas situações, conforme destaca Eisdorfer, Czaja e Lowenstein (2003), citado por Falcão e Bucher-Malusckhe (2009, p. 150) “os modelos de intervenção sistêmica junto às famílias com portadores de DA destacam os cuidadores primários e encorajam os membros a negociarem as diferentes responsabilidades, ressaltando que o recurso está no sistema familiar”.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa realizada foi a do tipo bibliográfica realizada através de seleção do material utilizado para a fundamentação teórica tendo como fonte de pesquisa diversas plataformas eletrônicas, livros digitais e artigos publicados na Internet, tendo como critério de seleção os temas pertinentes aos objetivos desta pesquisa.

Fonseca (2002, p.32) define a pesquisa bibliográfica e seus procedimentos de realização como:

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta

A pesquisa em questão, refere-se a doença de Alzheimer em uma perspectiva ampliada, envolvendo a visão de diferentes abordagens e linhas de pensamentos dentro da psicologia.

Segundo Gil (2007, p. 17, citado por Gerhardt, Silveira 2009), pesquisa é definida como o:

[...] procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa desenvolve-se por um processo constituído de várias fases, desde a formulação do problema a apresentação e discussão dos resultados.

Sobre a pesquisa em psicologia, Lisboa (2008, p. 682) discorre sobre:

Se há, por sua vez, compromisso com a própria ciência e seu desenvolvimento, toda e qualquer pesquisa em psicologia, para além da diversidade epistemológica em que pode se assentar, responde a inquietações que marcam o status do processo de produção de conhecimentos, com suas implicações econômicas, sociais e políticas.

A referida pesquisa tem como objetivo ampliar o conhecimento sobre a doença de Alzheimer, contextualizando as possíveis causas e como a doença afeta o doente e a família em geral. A Doença de Alzheimer foi descrita sob as

perspectivas da Gestalt Terapia, abordagens Humanistas, Teoria Sistêmica e Psicofarmacologia, ampliando a visão de outras correntes de pensamento, fornecendo possibilidades de tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A doença de Alzheimer é considerada neurodegenerativa progressiva e irreversível, que tem como principal sintoma a perda de memória entre outros distúrbios cognitivos. De acordo com IAB (Instituto Alzheimer Brasil) na doença de Alzheimer ocorre a morte dos neurônios (principais células cerebrais), levando em conta ainda que alguns neurônios usam como mensageiro o neurotransmissor chamado “acetilcolina”, portanto, com a morte dos neurônios, é esperada a diminuição desse mensageiro químico. Esse processo ocorre na parte do cérebro responsável pela administração da memória (hipocampo). Embora as causas da doença de Alzheimer não sejam tão concretas, podendo ocorrer por conta de diversos fatores, alguns cientistas discorrem sobre a DA ter influência genética podendo ser levada de geração para geração. Já para Serenikie Vital (2008)

A hipótese da cascata amiloidal, a neurodegeneração na doença de Alzheimer inicia-se com a clivagem proteolítica da proteína precursora amiloide (APP) e resulta na produção, agregação e deposição da substância β -amilóide ($A\beta$) e placas senis.

Com relação ao tratamento medicamentoso, sabe-se que na perda de acetilcolina, existem medicamentos que ajudam a diminuir a degradação dos neurônios responsáveis pela transmissão da acetilcolina. De acordo com IAB (Instituto Alzheimer Brasil) o uso da medicação também se faz necessário para controlar os sintomas ocasionadas pela DA, como: depressão, psicoses, alterações de comportamento e distúrbios do sono.

Conforme discorre Whitbourne e Halgin (2015), os benefícios ofertados pelos medicamentos utilizados no tratamento do Alzheimer são de curto prazo. Schulza *et. al.* (2011) complementa que a memantina usada para casos moderados e graves da doença tem efeitos positivos por até duas semanas. O donepezil, para Lopez *et. al.* (2010) pode reduzir os sintomas da doença em até 39 a 63%, entretanto a eficácia passa a diminuir após 12 semanas de uso. Para Carrasco *et. al.* (2011) o donepezil

promove aos cuidadores dos pacientes uma redução na percepção de carga, efetivando também a redução dos sintomas apresentados pelos pacientes, porém os efeitos não foram estudados após 12 semanas de tratamento. Sobre a Galantamina, Scarpini *et. al.* (2011) enfatiza que apesar do medicamento agir como anticolinesterase podendo prolongar os efeitos positivos por até 3 anos, porém tem uma taxa de mortes associadas com o uso. Os autores Whitbourne e Halgin (2015) reconhecem que não existe medicamento específico para a doença, mas que os medicamentos disponíveis tratam os sintomas, ainda destacam que a comunidade científica sente-se muito otimista no avanço de experimentos para tratamentos realmente eficazes.

Ainda sobre as medicações inibidoras de colinesterases (donepezil, rivastagmina, galantamina), Forlenza (2005) ressalta que apesar das mesmas possuírem propriedades farmacologias semelhantes, elas se diferenciam pela farmacocinética e farmacodinâmica. Ainda para Forlenza (2005) essas medicações apresentam, em geral, boa tolerabilidade, entretanto podem acarretar efeitos colaterais.

Para Araújo (2019) a psicoterapia pode otimizar o tratamento farmacológico, além disso, a terapia traz muitos benefícios aos pacientes com a doença de Alzheimer, pois foca na melhoria da qualidade de vida do mesmo. Para Gotter (2016) citado por Araújo (2019) as psicoterapias na fase inicial da doença trabalham com “o suporte através do acolhimento, de modo a amparar e sustentar a busca do reestabelecimento do equilíbrio e da elaboração das falhas, o que provoca, como consequência, o aumento da autoestima e confiança do paciente”. Já para Manzano (2015) citado por Araújo (2019), a fase final da psicoterapia acaba não sendo tão efetiva devido as degenerações e perdas de funções cognitivas, psíquicas, assim, se torna importante o tratamento terapêutico para os cuidadores também.

A doença de Alzheimer pode causar grande impacto na relação e na dinâmica familiar, pois ainda a carga pode pesar para apenas um membro da família, ou pode acontecer o distanciamento do sistema familiar, de acordo com Boss (1998), citado por Falcão *et. al.*, o portador da DA embora permaneça com os mesmos traços físicos ela acaba modificando sua essência, pois está fisicamente presente e psicologicamente ausente. O autor Falcão *et. al.*, (2009, p. 140) destaca que o “fenômeno gera conflito, resultando em estresse para todos os membros”.

Na terapia sistêmica, a psicoterapia é realizada em volta do impacto da doença no grupo familiar. Para Barreira (2017) a atuação do psicoterapeuta nesses casos é muito vasta, destacou que o profissional pode colaborar com a família no sentido de auxiliá-los a identificarem suas potencialidades a fim de promover um ambiente de comunicação saudável entre os membros.

Barreira (2017, p. 32) realizou o levantamento de três possibilidades de trabalho com a família, na perspectiva sistêmica, sendo eles:

Primeiro a psicoterapia de família, com a possibilidade de trabalhar cada família, os aspectos próprios do sistema, sua história, de modo mais particular. Em seguida, a possibilidade de se inserir em um modelo já existente, que faz parte, principalmente, de instituições hospitalares, que são os grupos multiprofissionais de apoio aos cuidadores familiares de pessoas com Doença de Alzheimer [...] E em terceiro foi levantada a proposta de desenvolvimento de grupos multifamiliares, em que famílias que possuem a característica comum de terem um membro com DA poderiam constituir um grupo terapêutico, onde a troca de experiências, de dificuldades, de erros e acertos fosse incentivada.

Apesar da DA ocasionar a demência, que até então é irreversível, a psicologia proporciona ao paciente amenização dos efeitos destrutivos da doença (GUSMÃO, 2017). O mesmo autor também relata que as abordagens de cunho fenomenológico-existenciais, como no caso da Gestalt, muitas vezes acabam sendo excluídas pelas famílias entre as escolhas de tratamento. De acordo com Fonseca (2010) essas abordagens utilizam especialmente da fala e da capacidade de orientação do cliente, dessa forma, trabalhar nesses parâmetros com a pessoa diagnosticada com Alzheimer acaba se tornando difícil.

Diante desse fato, Gusmão *et.al* (2017) define que:

A principal meta de um psicoterapeuta que se ampara em um método clínico fenomenológico-existencial não é alcançar a cura do paciente, mas fazê-lo consciente de suas próprias ações e permitir que ele seja autônomo para procurar os próprios caminhos da autodescoberta.

Ainda para Gusmão (2017) o caminho a percorrer no processo terapêutico desenvolvido pela Gestalt, é trabalhar com a família, abrangendo o autoconhecimento, levando-os a entender também as fases da doença, os cuidados com o paciente, e também buscando compreender os cuidadores com suas angústias ao lidar diretamente com a pessoa com DA. Lembrando que ao trabalhar esses

aspectos na família é possível proporcionar um ambiente agradável e saudável, propício para a obtenção de uma qualidade de vida tanto aos cuidadores quanto ao paciente, podendo amenizar os efeitos da doença.

No entanto, a Gestalt terapia pode ser trabalhada com o paciente através de atividades lúdicas e expressividade artística. Para Carvalho (2010) citado por Moraes (2012) “todo ser humano tem em si capacidade de criar, expressar-se e comunicar recorrendo a qualquer uma das possibilidades”.

A Gestalt é advinda do humanismo. O termo “humanismo” foi conceituado por Fukumitsu e Frazão (2013) como um conjunto de princípios que estabelecem a valorização e a dignidade inerentes a pessoa, independente de qual seja sua condição atual no mundo, prescrevendo que cada homem deve ser tratado por qualquer outro homem e por outras instituições sociais sob a regência de valores morais como respeito, justiça, honra, amor, liberdade, solidariedade etc.

Dentro da corrente do Humanismo também está inserida a hierarquia das necessidades de Maslow, formada pela pirâmide da hierarquia das necessidades. Através da pirâmide é possível analisar a dificuldade que a pessoa com Alzheimer encontra no percurso para atingir a auto realização pessoal. Com o avanço da doença os recursos para suprir as necessidades acabam sendo limitados.

Fukumitsu e Frazão (2013) destacam também a abordagem centrada na pessoa, a qual foi idealizada e desenvolvida por Carl Rogers, que possui semelhança a da auto realização de Maslow. Para Rogers, a terapia centrada na pessoa “seria capaz de mudar pensamentos e comportamentos do indesejável para o desejável, de forma consciente e racional”. Conforme relatado por Gusmão *et. al.* (2017) as abordagens terapêuticas voltadas ao humanismo, possuem maior eficácia quando trabalhada com a família do paciente.

CONCLUSÃO

A doença de Alzheimer acomete o paciente, levando o seu declínio gradualmente. Sabe-se que até o momento não existe tratamento específico e que proporcione a cura do Alzheimer, entretanto, existem medicamentos que auxiliam na redução dos sintomas, e que podem prorrogar o aparecimento dos mesmos. O tratamento medicamentoso é importante para o paciente, quando administrado com

segurança e com acompanhamento médico, pois os fármacos utilizados para a doença podem ocasionar vários efeitos colaterais indesejáveis.

Compreende-se que a psicoterapia conciliada com o uso de medicação tem efeitos positivos do que trabalhada a doença separadamente.

Na clínica da Gestalt pode ser difícil conseguir estabelecer com o paciente acometido pela doença de Alzheimer o processo de transferência, visto que o paciente em estágios mais avançados perde a capacidade de raciocínio.

Dentro da corrente do Humanismo também está inserida a hierarquia das necessidades de Maslow, onde parte das necessidades orgânicas, de segurança, de pertencimento, de reconhecimento e de realização social, e conforme descrito no item 4., a pessoa com doença de Alzheimer encontra dificuldades para completar as camadas da pirâmide. Na fase final da doença o paciente pode se tornar totalmente dependente, tendo dificuldades para suprir até mesmo a base da pirâmide, que são as necessidades fisiológicas.

A abordagem sistêmica é importante no trabalho com o doente e com seu grupo familiar/cuidador, pois a doença acaba alterando a dinâmica da família, exigindo que os membros assumam novos papéis.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. P. *et al.* **Doença de Alzheimer mecanismos moleculares e tratamento farmacológico**: uma revisão. 2019.

BARREIRA, G. S. **Impacto da Doença de Alzheimer na família**. 2017

BEZERRA, Márcia Elena Soares *et al.* Aspectos humanistas, existenciais e fenomenológicos presentes na abordagem centrada na pessoa. **Revista do NUFEN**, v. 4, n. 2, p. 21-36, 2012.

CAIN, D. J.; SEEMAN, J. Humanistic psychotherapies: handbook of research and practice. Washington: Associação Psicológica Americana, 2002.

CELESTINO, V. R.R.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. Um novo olhar para a abordagem sistêmica na psicologia. **FACEF Pesquisa-Desenvolvimento e Gestão**, v. 18, n. 3, 2015.

PETRONILHOA, E. C.; PINTO, A. C.; VILLARA, J. D. F. **Acetilcolinesterase**: alzheimer e guerra química. Ciência e Tecnologia, 2011, p. 3.

FALCÃO, D. V. Silva; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. **O impacto da doença de Alzheimer nas relações intergeracionais**. 2009.

FELDMAN, R. S. **Introdução à psicologia**. AMGH Editora, 2015.

FORLENZA, O. V. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. **Rev. Psiqu. Clín.** 2005.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. (Apostila).

FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. **Gestalt-terapia**: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas. São Paulo: Summus, 2013.

FUKUMITSU, K. O.; CAVALCANTE, F.; BORGES, M. O cuidado na saúde e na doença: uma perspectiva gestáltica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 174-184, 2009.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Plageder, 2009.

GUSMÃO, L. G. R.; GUSMÃO, Y. G. R.. Psicoterapias Fenomenológico-Existenciais e Doença De Alzheimer: Reflexões e Possibilidades no Tratamento da Família e dos Cuidadores Da Pessoa Portadora De Alzheimer. **Revista Eletrônica Direito e Conhecimento**, Cesmac Faculdade do Agreste, Arapiraca, AL, n. 2, v. 1, 2017.

KUHN, R. Psicofarmacologia e análise existencial. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 8, n. 2, p. 221-243, 2005.

MIRANDA, W. B. **Saúde e doença em Gestalt-terapia**. 2003.

NEUMANN, S. M. F. *et al.* **Doença de Alzheimer na família**: repercursões sobre o seu funcionamento. 2010.

OLIVEIRA, K. J. *et al.* Psicofármacos paliativos na doença de Alzheimer. **Revista Saúde em Foco**. São Paulo, Ed n 10, 2018.

SERENIKI, A.; VITAL, M. A. B. F.. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 1, p. 0-0, 2008.

WHITBOURNE, S. K.; HALGIN, R. P. **Psicopatologia**. AMGH Editora, 2015.

O PAPEL DOS PAIS DIANTE DE UM PROCESSO SAUDÁVEL NO ENFRENTAMENTO DOS MEDOS DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Gislaine Dias Hiera¹⁹
Fabio Ricardo Ledesma²⁰
Princela Santana da Cruz²¹
Renata Carvalho Nascimento de Freitas²²

RESUMO

Este artigo nos convida a transitar por algumas reflexões acerca do papel dos pais diante do enfrentamento dos medos da primeira infância, dentro das abordagens disciplinares do curso de psicologia; Teoria e Técnicas Psicoterápicas Sistêmicas, Teoria e Técnicas Psicoterápicas Humanistas, Psicofarmacologia, Teorias e Técnicas Psicoterápicas Gestalt – Terapia. Julga-se ser esta pesquisa de grande importância para a psicoeducação dos pais frente ao seu papel diante de um processo saudável de enfrentamento do medo na primeira infância. Pois identifica-lo na criança exige comprometimento e dedicação para um olhar mais atento no caso do medo começar a provocar alterações na rotina da criança, em suas atividades sociais, na escola ou na sua personalidade. Pautado em uma pesquisa bibliográfica, o presente trabalho tem como objetivo promover a reflexão e incentivar o avanço da prática e teorização nessa área. Para tanto, foram realizados estudos por meio de bases de dados eletrônicos: INDEXPSI, PEPSIC, SCIELO, todas integrantes da BVS-Psi Brasil.

Palavras-Chave: Psicologia clínica Infantil. Medos na primeira infância. Papel dos pais.

ABSTRACT

This article invites us to go through some reflections about the role of parents in facing the fears of early childhood, within the disciplinary approaches of the psychology course; Systemic Psychotherapeutic Theory and Techniques, Humanist Psychotherapeutic Theory and Techniques, Psychopharmacology, Gestalt Psychotherapeutic Theories and Techniques - Therapy. This research is believed to be of great importance for the psychoeducation of parents in view of their role in the face of a healthy process of coping with fear in early childhood. Because identifying it in the child requires commitment and dedication to a closer look in case the fear begins to cause changes in the child's routine, social activities, school or personality.

¹⁹ Acadêmico do curso de Psicologia, Universidade do Contestado – UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: gislaine.hiera@aluno.unc.br

²⁰ Docente do curso de Psicologia, Universidade do Contestado - UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: fabio.ledesma@professor.unc.br

²¹ Docente do curso de Psicologia, Universidade do Contestado - UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: princela.cruz@professor.unc.br

²² Docente do curso de Psicologia, Universidade do Contestado - UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: renatafreitas@professor.unc.br

Based on a bibliographic research, the present work aims to promote reflection and encourage the advancement of practice and theorization in this area. To this end, studies were carried out through electronic databases: INDEXPSI, PEPSIC, SCIELO, all members of the VHL-Psi Brazil.

Keywords: Child clinical psychology. Early childhood fears. Parents' role.

INTRODUÇÃO

Considerando a importância de buscar entendimentos a respeito do papel dos pais frente aos medos na primeira infância, é que realizou-se neste trabalho, um estudo a respeito deste papel em diferentes abordagens da Psicologia; Teoria e Técnicas Psicoterápicas Sistêmicas, Teoria e Técnicas Psicoterápicas Humanistas, Psicofarmacologia, Teorias e Técnicas Psicoterápicas Gestalt – Terapia.

Partindo da ideia de que o medo é um fator de proteção biológico, podendo ser um instrumento de proteção do ser humano, e está presente em todos os momentos de nossa vida. É na infância que esses medos são despertados, e a tarefa de enfrentá-los não é nada fácil, é preciso contar com a ajuda dos adultos. Levantou-se a questão do papel dos pais diante de um processo saudável de enfrentamento.

Muitas vezes os pais não conseguem identificar e também não sabem nem o que fazer, quando esta situação como o medo infantil surge. Neste sentido, é que se apresenta a questão importante acerca dessa temática, com o intuito de contribuir para que pais tenham subsídios necessários para conhecer e poder lidar melhor com essas situações.

Os medos estão ligados a etapas específicas do desenvolvimento. Apesar de serem tarefas desenvolvimentais que terão de ultrapassar, o modo e a intensidade com que os sentem varia de criança para criança, de acordo com a sua personalidade, a dos pais, entre outros fatores. Com o crescimento e correspondente a maturação cognitiva e emocional, a criança, com a colaboração dos pais, vai encontrando estratégias eficazes para lidar com os medos, pelo que, na sua maioria, acabam por desaparecer conforme Gomes (2008).

Identificar a origem do medo na criança exige comprometimento e dedicação dos pais, é preciso estar atento ao seu comportamento, saber conversar com elas e

perguntar a respeito do que lhe causa pavor e esclarecer que existem vários tipos de medos, reais e imaginários, para que a criança construa seu conceito de medo. Os pais devem estar atentos no caso do medo começar a provocar alterações na rotina da criança, em suas atividades sociais, na escola ou na sua personalidade.

REFERENCIAL TEÓRICO

Durante o século XII, XIII, as crianças eram representadas como sendo um “adulto em miniatura”. A infância era um período de transição, logo ultrapassado e cuja lembrança era logo perdida (ARIÉS, 1981).

E nos séculos XV e XVI as crianças não eram mais representadas sozinhas, se tornaram uma das personagens mais frequentes dessas pinturas anedóticas. As crianças eram representadas com suas famílias com seus companheiros de jogos, e ainda, a criança era representada de diversas formas: no colo da mãe, brincando ou urinando (ARIÉS, 1981, p. 20-21).

Para o mesmo autor a descoberta da infância aconteceu no século XIII, e sua evolução pode ser acompanhada na história da arte e na iconografia dos séculos XV e XVI, mas a partir do fim do século XVI e durante o século XVII.

Conforme Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e da Adolescência – ECA, Infância é a fase que vai do nascimento até os doze anos de idade. Nesta fase a criança é muito dependente de seus pais.

De acordo com Castro (2011), os estudos contemporâneos realizados pela sociologia da infância trazem como o fato de que as crianças participam coletivamente na sociedade e são sujeitos ativos, e ainda trazem uma proposta de estudar a infância por se própria, rompendo com o adulto centrismo, onde a criança é considerada como um ser social e histórico, produtora de cultura.

E no Brasil, ainda para o mesmo autor, o campo da sociologia da infância tem nos ensinado que as crianças são atores sociais porque integram com as pessoas, com as instituições, reagem frente aos adultos e desenvolvem estratégias de luta para participar no mundo social.

Desde a concepção no útero materno até ao momento em que morre, o ser humano vive num processo caracterizado por constantes mudanças. Este processo de mudança, que resulta da interação entre as características biológicas de cada

indivíduo e os fatores contextuais onde o indivíduo se encontra inserido (sociedade e cultura), é denominado por desenvolvimento humano (TAVARES *et al.*, 2007).

Para Portugal (2009), o período da infância e as primeiras experiências de vida do ser humano enquanto criança determinam aquilo que o ser humano será enquanto adulto, pois é nesse período que o sujeito aprende sobre si, sobre os outros e sobre o mundo. Todas as transformações do ser humano provocam outras mudanças que o influenciam no seu todo (PAPALIA *et al.*, 2001).

A primeira infância começa com o nascimento e vai até os 3 anos de idade. Nos primeiros meses, os cinco sentidos começam a se desenvolver. Na parte cognitiva, as capacidades de aprender e lembrar estão presentes mesmo nas primeiras semanas. O uso de símbolos e a capacidade de resolver problemas se desenvolvem por volta do final do segundo ano de vida (PAPALIA, 2001).

Papalia *et al.* (2001) defende que, não há padrões de desenvolvimento verdadeiramente iguais em todos os seres humanos uma vez que cada criança é semelhante às outras crianças em alguns aspectos, mas é única em outros aspectos.

No desenvolvimento cognitivo, Tavares *et al* (2007), coloca que nos primeiros três anos de vida a criança desenvolve capacidades cognitivas devido ao interesse que manifesta pelo mundo que a rodeia e à sua necessidade de comunicação. Por volta dos quatro meses a criança já é capaz de se concentrar no que vê, toca e ouve, sem perder o controle.

Desde o nascimento há uma reação aos ruídos, uma vez que para além do bebê detectar, ele orienta o olhar e a cabeça em direção à fonte que produziu o mesmo. Para além disso, “é capaz de discriminar características rítmicas e melódicas em diferentes tipos de sequências sonoras, revelando alterações nas suas respostas” (MATTA, 2001, p. 125).

Segundo Delmine e Vermelen (2001), a primeira palavra surge, normalmente, entre os 10 e os 14 meses iniciando a chamada fala linguística. No período a partir dos 18 meses (aproximadamente) a criança utiliza a pré-frase, constituída por dois ou vários termos dispostos segundo a importância afetiva que a criança lhe atribui nesta idade, a criança apresenta um forte incremento da linguagem e, de fato, este é o período em que se verifica o maior enriquecimento do vocabulário.

Sobre o desenvolvimento físico-motor Tavares *et al.* (2007), afirma que o crescimento do bebê nos dois primeiros anos de vida é extremamente acentuado em comparação com outros períodos da vida de um ser humano. Para Matta (2001), o processo de desenvolvimento é gradual. Quando a criança nasce, tem pouco controle sob o seu corpo e os seus movimentos são descoordenados.

No decorrer do segundo ano de vida a criança já anda e explora o espaço circundante, começa a subir degraus (inicialmente sem alternar os pés), corre, salta, pisa por cima de um risco, lança, anda em bicos dos pés e de triciclo (PAPALIA *et al.*, 2001).

No desenvolvimento psicossocial Brazelton (2006), afirma que desde o primeiro dia em que vem ao mundo, o ser humano começa a ter consciência de que existe um mundo externo a si. É nesse mundo que aprende sobre si, a estar e a comunicar-se com os outros. Neste sentido, a primeira infância é um período de mudanças significativas no que diz respeito ao desenvolvimento social.

Uma criança entre as seis e as oito semanas utiliza o sorriso como um meio para captar a atenção dos seus pais (linguagem não-verbal). Para além do sorriso, o choro é uma das principais formas da criança contatar com o que a rodeia (MATTA, 2001).

Os dois anos são uma idade de conflito como traz Papalia *et al.* (2001), pois a criança vive entre a necessidade de afeto e a necessidade de independência o que ocasiona um período de oposição em duas áreas fundamentais: nas brincadeiras (demolir e construir) e na alimentação (repugnância e preferências por alimentos).

Aos dois anos a criança demonstra, também, dificuldade em partilhar - normalmente brinca sozinha (GESELL, 1979). Gosta da companhia de outras crianças mas tem dificuldade em se relacionar com elas (ROJO *et al.*, 2006).

Encontra-se no dicionário a seguinte definição para a palavra medo: "Sentimento de grande inquietação ante a noção de um perigo real ou imaginário" (SILVA, 2006, p. 16).

Tuan (2005) descreve que ao longo da história, o medo tem sido tema de inúmeros estudos, os quais indicam que não se trata apenas de um sentimento da espécie humana, nos fala ainda que os medos aparecem e desaparecem nas diferentes etapas da vida, mas existem medos que permanecem ainda em nossa vida adulta.

Segundo Dalgarrondo (2006),

O medo não é uma emoção patológica, mas algo universal dos animais superiores e do homem. O medo é um estado de progressiva insegurança e angústia, de impotência e invalidez crescentes, ante a impressão iminente de que sucederá algo que queríamos evitar e que progressivamente nos consideramos menos capazes de fazer (DALGARRONDO, 2006, p. 109).

Os medos são experimentados pelo indivíduo e, nesse sentido, são subjetivos; alguns, no entanto, são sem dúvida, produzidos por um meio ambiente ameaçador, outros não. Como nos relata Tuan: “Certos tipos de medo perseguem as crianças, outros aparecem apenas na adolescência e na maturidade” (TUAN, 2005, p. 07).

Para compreendermos as origens dos medos das crianças, Vieira (1974, p. 29) nos fala que: “precisamos considerar as realidades que integram seu mundo: a externa que se refere ao meio em que vive e o interno que está relacionada com sua vida emocional”. Para Tuan (2005, p. 110), entre os seres humanos não há dúvida que os medos aparecem ou desaparecem nas diferentes etapas da vida.

Conforme Grisa e Lemes (2007), o universo infantil é repleto de monstros e fantasmas, e há uma série de situações em que eles aparecem para amedrontar a criança. E segundo Ballone (2001), normalmente esses bichos imaginários despertam o medo na criança durante a noite, outras vezes no meio de uma brincadeira, na piscina ou no carrossel.

Desde os primeiros meses de vida a criança começa a ter medo, normalmente a criança não tem medo de animais, somente depois de cinco anos é que as crianças aprendem a sentirem este tipo de medo devido ao desenvolvimento da sua capacidade de dedução. O medo de cobras geralmente tem início aos quatro anos e tende a aumentar com o desenvolvimento da criança, podendo permanecer em sua vida adulta (TUAN, 2005).

Addário (2011) nos fala a respeito dos medos das crianças em idades diferenciadas, de acordo com a mesma, o medo de lugares e pessoas estranhas, tem sua fase mais comum de 0 a 12 meses, é quando a criança ao tomar contato com o mundo tem o medo de ser esquecida na escola (abandonado), a fase mais comum é entre 2 a 3 anos, crianças que começam a se relacionar com o mundo

externo e ainda veem os pais como o único e exclusivo ponto de segurança de suas vidas.

Para Addário (2011), o medo de ser trocado não existe fase específica e o medo do escuro e de barulhos tem sua fase mais comum entre 2 e 4 anos, assim como o medo de dormir sozinho, já o medo do sobrenatural (monstros, espíritos, vampiros, bruxas, está entre 4 e 6 anos quando a imaginação da criança está a todo vapor), este medo pode estar relacionado a programas de televisão e filmes que a criança assiste; o medo do mundo acontece entre 5 ou 6 anos, onde as crianças estão mais voltadas para os perigos da realidade; de 8 a 11 anos a criança começa a ter medo da morte, e teme a perda de familiares, e conforme o mesmo autor, entre 12 e 18 anos é comum o medo de não ser aceito.

Os pais devem estar atentos no caso do medo começar a provocar alterações na rotina da criança, em suas atividades sociais, na escola ou na sua personalidade. Para Tuan (2005) o medo de escuro é universal. Segundo Ballone (2001), calcula-se que no máximo 5% das crianças que têm pesadelos ou manifestações constantes de medo e necessitam de algum tipo de tratamento; e a maioria das crianças, quando acometida por crises de medo noturno, corre para o quarto dos pais no meio da noite, algumas nem se atrevem a começar a dormir sozinhas.

Segundo Ballone (2001), parte desse medo pode ser atribuído ao comportamento dos pais, como nos esclarece em sua fala: “quando a mãe tem pavor de barata e faz um escândalo quando se depara com esses animais, ou quando o pai manifesta sólida convicção nas coisas do além, será muito provável que o filho faça o mesmo”.

PSICOFARMACOLOGIA - SOBRE A MEDICALIZAÇÃO INFANTIL E O PAPEL DOS PAIS DIANTE DO MEDO PATOLÓGICO

É muito importante que se compreenda a origem do medo para que se busque o tratamento mais adequado que atenda às necessidades da criança. O medo patológico, segundo Ballone (2001), coloca que se diferencia do medo normal por várias razões: não tem base na realidade concreta; não tem razão objetiva; o próprio paciente sabe ser absurdo o que sente; provoca uma aflição (ansiedade) desmedida e é acompanhado de sintomas físicos (falta de ar, sudorese, etc.).

Ajuriaguerra e Marcelli (1986, p. 62) lembram que “ao normalmente patológico pertencem as fobias da tenra infância, as condutas de ruptura da adolescência e ainda muitos outros estados”. O desenvolvimento da consciência, ao mesmo tempo em que amplia o conhecimento sobre si, do próprio corpo, dos fenômenos da natureza, do mundo das relações humanas, faz a criança sentir angústia diante da imensidão extraordinária da realidade.

Sendo assim, em alguns casos, se necessário, a junção da psicofarmacoterapia com a psicoterapia pode se tornar o tratamento de excelência para a redução dos sintomas. Porém o aumento da prescrição, e o consequente consumo de psicofármacos por crianças, tem inquietado a sociedade. Conforme Bezerra (2008), entre 2000 e 2002, as prescrições de antidepressivos para esta faixa etária aumentaram 48% no Brasil e 68% entre as crianças britânicas.

O tratamento medicamentoso, se bem administrado, pode vir a trazer benefícios a família, porém, deve-se considerar sua real necessidade e segurança frente ao uso. Segundo Raeburn (2009) a grande preocupação existente quanto ao uso de psicofármacos na infância, refere-se ao impacto que o tratamento terá no cérebro infantil, já que não há ainda respostas conclusivas pela ciência sobre o efeito desses medicamentos no sistema nervoso central.

Há evidências de que alguns remédios também interferem no processo de desenvolvimento e maturação do cérebro infantil. Então muitas crianças que tomam esses medicamentos conseguem alívio em curto prazo, mas mais tarde acabam desenvolvendo outros problemas psíquicos (RAEBURN, 2009).

Sabe-se que, na maioria dos casos, quem sofre com o sintoma, além da própria criança, são seus pais ou aquelas pessoas que convivem com ela, tolerando também as consequências destes atos. A criança, muitas vezes, não tem consciência de seu sintoma, muito menos o desejo de curar-se. Desta maneira, não chega a atendimento espontaneamente, mas trazida por um outro, com o intuito de suprimir os sintomas indesejáveis (ABERASTURY, 1996).

Os pais não suportam ver o que supõem ser sofrimento para os filhos e esperam que estes tenham atitudes e discernimento de adultos, não expressando sofrimento com a vida que possuem. No momento, a criança não deixa de manifestar a sua insatisfação em relação ao seu ambiente. Parte-se, então, da ideia

de que se trata de desconsiderar o investimento que a criança faz, pois o que os pais não conseguem suprir, exigem que ela esconda (DOLTO, 1999).

Em crianças, o desenvolvimento emocional influi sobre as causas e a maneira como se manifestam os medos e as preocupações, sejam normais ou patológicas. Diferentemente dos adultos, crianças podem não reconhecer seus medos como exagerados ou irracionais, especialmente as menores (SWEDO, 1994).

Tanto a ansiedade quanto o medo são considerados patológicos quando exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária, e também quando interferem na qualidade de vida, conforto emocional ou desempenho diário da criança (ALLEN, 1995). Tais reações exageradas ao estímulo ansiogênico se desenvolvem, mais comumente, em indivíduos com uma predisposição neurobiológica herdada (HIRSHFELD, 1999).

Epidemiologicamente falando, estima-se que aproximadamente 10% de todas as crianças e adolescentes preencherão critérios diagnósticos, em algum momento, para ao menos um transtorno ansioso. Em crianças e adolescentes, os quadros mais frequentes são o transtorno de ansiedade de separação (TAS), com prevalência em torno de 4%, o transtorno de ansiedade generalizada (TAG; 2,7 a 4,6%) e as fobias específicas (FE; 2,4 a 3,3%). A prevalência de fobia social (FS) fica em torno de 1%, e a de transtorno de pânico (TP), em 0,6% a 9% (COSTELLO, 1995).

Se não tratados, os transtornos ansiosos na infância e na adolescência (TAIA) apresentam um curso crônico, embora flutuante ou episódico (LAST, 1996).

O MEDO INFANTIL NA CLÍNICA DA GESTALT-TERAPIA

Com relação à Gestalt-terapia, esta abordagem tem uma base existencial fenomenológica e seus pressupostos teóricos básicos são: Psicologia da Gestalt, Teoria de Campo e a Teoria Organísmica. Estes referenciais enfatizam os processos de percepção, bem como as interações que a pessoa estabelece com o meio, a forma como se autorregula e organiza a sua existência. A Gestalt-terapia almeja ampliar a *awareness* da pessoa de modo que ela possa ter uma maior consciência de si mesma. Esta abordagem compreende o homem em sua totalidade

biopsicossocial, como um ser com potencial, consciente, responsável, particular e com formas próprias (CHIODINI & SIEGLE, 2009), que se constrói no contato. Sendo assim, a mesma entende o desenvolvimento como uma implicação na forma que a pessoa estabelece o contato nas relações durante toda a sua vida (NUNES & PEDROSO, 2002).

A Gestalt-terapia integra a noção de campo e intersubjetividade enfatizando que “a identidade é uma questão de com o que eu me identifico e em que campo eu me encontro” (WHEELER, 2002, p. 73).

Ainda para o mesmo autor, na busca de saber quem eu sou, é necessário eu saber onde estou (pessoas, coisas, lugar). A identidade da criança se constitui na relação com o mundo e o outro em um processo integrativo das experiências internas e externas vividas no campo vívido das relações intersubjetivas. A fobia, portanto, não está “dentro do eu” da criança isolado do contexto familiar e social.

Na clínica gestáltica infantil, Wheeler (2002) traz que o trabalho deve ser conduzido para a vivência de experiências, de modo que a criança possa experimentar a concretização do seu mundo subjetivo e dar significado a partir daquilo que vê, sente, pensa e faz. A mudança ocorre através da experiência que produz a consciência de suas emoções, suas relações, suas defesas e processos de ajustamentos criativos utilizados para a sua subsistência e saúde psíquica.

Oaklander (2006), coloca que a terapia do medo, portanto, é o desapego da relação, de forma a permitir a separação e fomentar o processo de individuação; levar a criança a descobrir o autopoder para exercer a independência; estimular a auto expressão espontânea para aprender a deixar as coisas fluírem naturalmente sem ficar a esperar o trágico. É importante conversar sobre o medo para desmistificar o medo, de modo que a criança possa lidar com a sua vulnerabilidade real diante do perigo real e não imaginário de suas fantasias catastróficas.

Nesse sentido, o terapeuta pode promover experimentos com a energia agressiva que é a energia emocional que mobiliza a criança para uma ação que dá senso de poder e força, a fim de exteriorizar diretamente necessidades e sentimentos importantes que estão como fundo do conflito fóbico (OAKLANDER, 2006).

Existem diversas formas de atuação para o gestalt-terapeuta, o que mostra as infinitas possibilidades e liberta o terapeuta para o seu próprio processo criativo.

Independentemente do que aconteça no espaço terapêutico, o objetivo principal é auxiliar a criança a tomar consciência de si mesma e da sua existência em seu mundo. Sendo que o espaço terapêutico deverá funcionar como um catalisador da potencialidade do cliente (OAKLANDER, 1980; AGUIAR, 2005). Desta forma, o gestalt-terapeuta infantil poderá articular esses aspectos tornando significativo o brincar para que o objetivo da atuação deste profissional se concretize.

Enquanto a criança se expressa utilizando o brincar, o terapeuta deve adotar uma postura de maior participação, envolvendo-se em suas produções dentro do espaço terapêutico, acolhendo-a e dando-lhe limites, aceitando seu tempo, respeitando sua autorregulação orgânica, sendo permissivo e não diretivo para propiciar que seu cliente possa expressar e libertar-se de seus problemas (AGUIAR, 2005).

O brincar é um meio de comunicação, pelo qual a criança sai de uma situação centralizada em um objeto, para torná-lo um mediador entre ela e seu mundo. No ato de brincar há inúmeros aspectos que caracterizam o ser e o estado de cada criança, das suas emoções, dificuldades, vivências, formas de ver e relacionar-se com o mundo e do seu estado de desenvolvimentos físico, mental e emocional. Desta forma, a utilização de recursos lúdicos tem o intuito de facilitar o seu processo de desenvolvimento tanto interior como exterior (CENPEC, 2009).

A Gestalt-terapia enfoca a unidade criança-outro mundo existindo numa relação de reciprocidade, na qual cada parte exerce influência sobre a outra. Não há lugar para a análise dos fenômenos internos isolados dos eventos externos. O medo ou a fobia, nessa perspectiva, não pertence somente à criança, mas também à família que afeta a criança e ao mundo que aterroriza a família.

A PSICOTERAPIA EXISTENCIAL HUMANISTA - PAPEL DOS PAIS NA ABORDAGEM DA LOGOTERAPIA

Na logoterapia, o ser humano é contextualizado como um ser livre, capaz de tomar consciência desta liberdade, e de agir responsavelmente, motivado pelo que considera os sentidos de sua vida. Quando o sentido de vida não está presente na vida da pessoa, esta pode experimentar um vazio existencial.

Viktor Frankl, o criador da logoterapia, aceitou a indicação de outros autores de situar sua teoria dentro da psicologia humanista ou da psiquiatria existencial (FRANKL, 1983). Frankl não podia ser mais claro e explícito: é na imagem de homem e na sua filosofia de vida que temos a chave para a psicoterapia. E sobre isto, veja-se o que oferece a logoterapia: "O conceito de homem da logoterapia está baseado em três pilares, a liberdade da vontade, a vontade de sentido, e o sentido da vida" (FRANKL, 1970, p. 16).

A logoterapia visa ampliar a capacidade da pessoa de perceber todas as possibilidades existentes de sentido em sua vida, escolhendo para realizar aquelas que considera mais significativas. São introdutórios as contribuições à clínica logoterápica com crianças, pois este apresenta como um campo novo. Contudo, é uma especialidade que vem sendo difundida e adquirindo importância no campo da psicologia clínica. Destaca-se o trabalho da psicóloga colombiana Clara Martínéz Sánches, que tem atuado na clínica infantil a partir da abordagem da Logoterapia e Análise Existencial.

Segundo Martinez (2009), a intervenção psicológica com crianças, a partir da logoterapia, é um campo de ação novo e vem se estruturando pouco a pouco. Na área da psicologia clínica, ainda predomina-se as intervenções realizadas a partir do enfoque psicanalítico e cognitivo-comportamental. Teoricamente, a Logoterapia com crianças ainda vem sendo estruturada e fundamentada de acordo com os novos estudos de caso que surgem na clínica infantil.

Martinez (2009) aponta para algumas referências particulares a fim de se buscar propostas concretas na intervenção clínica. Algumas teorias dizem que a criança não está capacitada para encontrar sentido em razão da pouca idade e que a estrutura da sua personalidade a impede de vislumbrar a sua liberdade e responsabilidade.

La práctica clínica nos indica lo contrario, es desde La infancia que el hombre orienta su sentido y en compañía de los adultos facilita o extravía la voz de su conciencia. El espacio clínico desde la logoterapia se orienta principalmente a facilitar ese proceso de autoconciencia reflexiva que permite la expresión de lo espiritual en el niño, diluyendo las expresiones sintomáticas del organismo psicofísico (MARTINEZ, 2009, p. 297)

Com isso, a autora afirma que é possível à criança assumir capacidade de se distanciar e permitir o germe fecundo da autotranscendência, assumindo a responsabilidade de realizar valores e exercer a liberdade para posicionar-se diante dos condicionamentos.

O modelo prático de intervenção, apontado pela psicóloga colombiana Martínez (2009), objetiva-se ser semidireto, para a psicóloga logoterapeuta postula que é inevitável não participar expressando nosso sentir e pensar à criança em relação a algumas situações.

Segundo a psicóloga a presença dos pais é indicada, pois sem a colocação de certos pontos tanto para os pais como para a criança podem acarretar um mal desenvolvimento do processo, facilitando, inclusive, o abandono temporário e/ou total da do tratamento.

[...] los padres son un puente importante que dan la confianza inicial y permiten que todos comprendamos la meta del proceso terapeutico. El final de ese primer encuentro lo comparto a solas con el niño para escuchar sus inquietudes y sentimientos y, especialmente, iniciar el vínculo particular que facilitará los sentidos de los encuentros (MARTINEZ, 2009, p.303).

Quanto a um diagnóstico de patologia, Martinez (2009), coloca que é necessário integrá-las à visão antropológica frankliana, dado que é possível cair no risco do reducionismo e acabar enquadrando a criança em uma doença, destoando o que rege a teoria fundamentada por Frankl. Sendo assim, é possível identificar as restrições psicofísicas da criança para se ter a possibilidade de modificar algumas delas, dependendo do caso. Porém, ficar preso a um diagnóstico pode criar um obstáculo no processo terapêutico.

Portanto, o papel dos pais durante o processo de terapia da criança é de fundamental importância e se faz presentes desde o início do processo. Pois para Martínez (2009), os objetivos terapêuticos se constroem conjuntamente com os pais e a criança nas entrevistas e se confirmam através da aplicabilidade de técnicas com a participação dos pais no acompanhamento do desempenho da criança.

A PSICOTERAPIA SISTÊMICA INFANTIL E O PAPEL DOS PAIS

Para a Terapia Sistêmica, a criança não é considerada individualmente, mas sempre como participante de um sistema. Por esse motivo, não se fala em terapia infantil sistêmica. Na clínica, a criança é tratada através da família, que é o sistema básico do qual pertence.

Complementando com Andolfi (2011), “um problema de uma criança é sempre um problema familiar” (p. 39), ou seja, ela pode trazer dicas sobre o funcionamento da dinâmica familiar e como esta reflete no que a família chama de problema, sendo este apontado frequentemente como a própria criança.

A teoria sistêmica oferece a hipótese de que o comportamento sintomático da criança constitui uma resposta à maneira de funcionamento da família na qual está inserida. Por meio de seus comportamentos sintomáticos, as crianças sinalizam que algo não vai bem. Circularmente, o sintoma da criança pode aumentar a tensão na família e este, por sua vez, aumentar ainda mais o estresse infantil. Entra-se, pois, numa espiral na qual um acontecimento desencadeia e intensifica a ocorrência dos outros (MILLER, MCLEOD, 2001).

Os pais que sofreram em seu passado algum evento traumático não podem suportar a ideia de que seus filhos carregam sequelas daquilo que eles viveram. Por isso, muitas vezes negam-se a enxergar e conectar o sintoma do filho a sua vivência traumática. Porém, segundo Tilmas-Ostyn (2000b), as crianças funcionam como “esponjas” que captam as “zonas petrificadas” de seus pais e, no momento atual, não sendo vítimas como os pais foram e estando muito mais protegidas, desenvolvem sintomas (TILMANS-OSTYN, 2000).

A perspectiva sistêmica apresenta como pressuposto básico a noção de família como um sistema, assim, é fundamental na terapia familiar com crianças o envolvimento dos pais como colaboradores ativos no processo. É preciso, através dos pais e da criança, resgatar a história da família: quais os ganhos, perdas, apreensões, medos e aborrecimentos, sentimentos, ações, narrativas do problema que favorecem ou dificultam a busca por alternativas.

TRATAMENTO

Evidências de que algumas formas de ansiedade infantil podem estar relacionadas a transtornos ansiosos na vida adulta contribuíram para o desenvolvimento de estratégias de diagnóstico, tratamento e prevenção específicos para crianças e adolescentes. Embora os métodos diagnósticos dos transtornos ansiosos em crianças sejam semelhantes àqueles utilizados em adultos, a avaliação e o tratamento da ansiedade patológica na infância apresentam características particulares (LAST, 1996).

Estudos de revisão sugerem que o tratamento psicológico comprovadamente eficaz para os TAIA é a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Embora ainda não haja estudos comparando a eficácia de diferentes técnicas cognitivo-comportamentais no tratamento dos transtornos ansiosos nessa faixa etária específica, sabe-se que tratamentos que combinam técnica com sintoma-alvo (por exemplo, relaxamento em crianças predominantemente tensas e exposição em crianças fóbicas) são mais eficazes dos que aqueles que utilizam um pacote de técnicas de forma aleatória (OST, 1982).

Diferentemente do que ocorre no tratamento de adultos, medicamentos psicoativos, como antidepressivos e ansiolíticos, não são considerados terapêutica de primeira escolha em crianças e adolescentes portadores de transtornos ansiosos. Para muitas crianças e adolescentes, particularmente quando os sintomas são muito intensos e/ou o paciente recusa-se a executar as exposições, a TCC não se mostra eficaz. Nesses casos, a farmacoterapia como monoterapia ou em associação à TCC pode ser o tratamento de escolha. Apesar das evidências clínicas, não há na literatura estudos controlados comparando a eficácia da TCC, da farmacoterapia e da combinação das duas (MARCH, 1995).

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo realiza a revisão qualitativa da literatura científica. Para tanto, foi utilizada a ferramenta de busca da Biblioteca Virtual de Psicologia Brasil (BVS- Psi Brasil) através da qual foi realizado o levantamento das publicações científicas brasileiras dos últimos 15 anos, que contivessem as seguintes palavras-chave:

primeira infância, medo patológico, papel dos pais, Psicofarmacologia, Gestalt-terapia, Psicologia Humanista e Psicologia Sistêmica. As bases de dados revisadas foram INDEXPSI, PEPSIC, SCIELO, todas integrantes da BVS-Psi Brasil.

A partir deste levantamento, foram selecionados todos os resumos de estudos que envolviam o assunto abordado, com amostras brasileiras, incluindo-se artigos, dissertações e teses. Foram excluídas as referências repetidas entre as bases de dados, os estudos que não têm como foco o papel dos pais no enfrentamento saudável dos medos na primeira infância e estudos que não utilizaram amostras brasileiras.

Num segundo momento, foram acessados na íntegra todos os artigos, para leitura e análise. Os resumos cujos textos não forem recuperados na íntegra também foram excluídos. Para análise dos dados, foi realizado um refinamento de todos os artigos encontrados, tendo como foco os estudos brasileiros sobre o papel dos pais frente ao enfrentamento saudável dos medos na primeira infância.

Em seguida, foi feita uma análise qualitativa dos resumos e selecionados somente os que atenderam os seguintes critérios: ter como foco central ou secundário o papel dos pais frente ao medo patológico na primeira Infância, dentro das abordagens da Psicologia, Humanista, Gestalt-terapia, Sistêmica e Psicofarmacologia.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os medos na infância nem sempre são previsíveis, se levarmos em conta as diferenças individuais quanto à suscetibilidade. O mesmo estímulo pode ser ameaçador para uma criança e deixar outra indiferente. Quando a criança não sente medo, ela pode ficar em exposição ao risco, ao mesmo tempo quando sente medo em excesso, ele pode fazer com que elas se resguardem emocionalmente.

Cada abordagem aqui apresentada, trouxe uma forma particular de lidar com os medos da primeira infância, bem como o papel dos pais diante de um processo saudável de enfrentamento. Vale ressaltar a importância de uma avaliação bem feita por profissionais da área para que se diferencie o medo “esperado” pela fase do desenvolvimento em que a criança se encontra do medo patológico.

Dentro da psicofarmacologia o autor Jerusalinsky (2007), coloca que diante do anseio dos pais pela cura rápida da criança, é crescente o número de crianças que chegam à psicoterapia com uma lista de medicações, sendo indicadas à análise como forma de apoio ao tratamento medicamentoso.

Na abordagem da Gestalt-terapia, o papel dos pais diante do enfrentamento é o diálogo, é importante conversar com as crianças sobre o medo para desmistificá-lo, de modo que a criança possa lidar com a sua vulnerabilidade real diante do perigo real e não imaginário de suas fantasias catastróficas. A mudança ocorre através da experiência que produz a consciência de suas emoções, suas relações, suas defesas e processos de ajustamentos criativos utilizados para a sua subsistência e saúde psíquica.

Com relação a prática Humanista e Existencialista, Frankl em seus escritos, praticamente somente apresenta casos de pessoas adultas. Referindo-se a formas de atuar mais adequadas a esta faixa etária e às temáticas do vazio existencial e da busca de sentido, muitos terapeutas relatam adaptações da Logoterapia para o trabalho com crianças, dentre os quais o da psicóloga colombiana Clara Martínéz Sánches, que tem atuado na clínica infantil a partir da abordagem da Logoterapia e Análise Existencial.

A autora afirma que é possível à criança assumir capacidade de se distanciar e permitir o germe fecundo da autotranscendência, assumindo a responsabilidade de realizar valores e exercer a liberdade para posicionar-se diante dos condicionamentos.

Segundo a psicóloga Martínéz (2009) a presença dos pais é indicada, pois sem a colocação de certos pontos tanto para os pais como para a criança podem acarretar um mal desenvolvimento do processo, facilitando, inclusive, o abandono temporário e/ou total do tratamento.

Para a abordagem Sistêmica as relações familiares, por sua vez, estão diretamente relacionadas ao sintoma apresentado na família. Conectar o sintoma ao sistema familiar é função primordial do terapeuta, e isso pode ser melhor desempenhado quando se tem o auxílio das crianças. Não se trata de realizar interpretações “cruas” sobre o comportamento infantil.

As crianças se utilizam de sua intuição e têm muito a ensinar aos adultos, inclusive aos terapeutas. Contrário ao que muitos pensam, as crianças possuem

ampla capacidade de entendimento e apresentam uma maneira pura de captar o que acontecem a sua volta, independentemente de sua idade. Elas respondem a tudo o que a família vivencia, cada criança de forma particular, dependendo, obviamente, da idade, do desenvolvimento afetivo e sócio cognitivo e de sua relação com os membros da família.

CONCLUSÃO

Acreditou-se ser esta pesquisa de grande importância para a psicoeducação dos pais, porque possibilitou o entendimento em relação aos medos no imaginário infantil, além disso, proporcionou oportunidades para que os pais possam obter um maior conhecimento a respeito da questão e também ajudar na compreensão das emoções e comportamentos das crianças, contribuindo para amenizar as situações do medo presentes na vida cotidiana da criança.

Identificar a origem do medo na criança exige comprometimento e dedicação dos pais, é preciso estar atento ao seu comportamento, saber conversar com elas e perguntar a respeito do que lhe causa pavor e esclarecer que existem vários tipos de medos, reais e imaginários, para que a criança construa seu conceito de medo. Os pais devem estar atentos no caso do medo começar a provocar alterações na rotina da criança, em suas atividades sociais, na escola ou na sua personalidade.

O papel dos pais, diante de um processo saudável de enfrentamento do medo na primeira infância, é de extrema importância. Inicialmente porque é um deles, ou ambos, que identifica a necessidade de atendimento e leva o filho ou filha até o psicólogo. A partir do primeiro contato, se estabelece uma parceria entre a família e o terapeuta que será imprescindível para o sucesso do tratamento. Durante o processo psicoterapêutico infantil, a participação dos pais é constante, pois é essencial que acompanhem e participem do tratamento.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY DE PICHÓN RIVIÈRE, A. Abordagens à psicanálise de crianças. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

ADDARIO, A. C. **O guia dos medos das crianças**. Da infância à adolescência, saiba como superar os medos que aflige seu filho, especial para o iG São Paulo. Disponível em: <https://www.oficinadepsicologia.com/estrategias-para-as-criancas-superarem-o-medo/>. Acesso em: 02 out. 2020.

AGUIAR, L. **Gestalt-terapia com crianças**: teoria e prática. Campinas: Livro Pleno, 2005.

AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D. **Manual de Psicopatologia Infantil**. São Paulo: Masson, 1986

ALLEN, A.J.; LEONARD, H.; SWEDO, S.E. Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 34, p. 976-986, 1995.

ANDOLFI, M. Como restituir a voz e a competência à criança por meio da Terapia Familiar. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 20, n. 40, p. 39-54, 2011.

BALLONE, G. J. Medos, fobias & outros bichos. **PsiquWeb Psiquiatria Geral**, Internet, 2001. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=45>. Acesso em: 25 set. 2020.

BEZERRA, M. L. M. Psicofarmacologia e psicoterapia: mitos, benefícios e interferências. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO, CONVENÇÃO BRASIL/LATINO-AMÉRICA, XIII, VIII, II, 2008. **Anais...** Curitiba: Centro Reichiano, 2008. CD-ROM. Disponível em: <<http://www.centroreichiano.com.br>>. Acesso em: 01 out. 2020.

BRASIL. **Lei 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente e dá outras providências. At. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 30 set. 2020.

BRAZELTON, T. B. **O grande livro da criança**: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos. 9.ed. Lisboa: Editorial Presença, 2006.

CASTRO, M. G. B. **Noção de criança e infância**: diálogos, reflexões, interlocuções. Universidade Federal Fluminense, Niterói/RJ. Disponível em: http://alb.com.br/arquivomorto/edicoes_anteriores/anais16/sem13pdf/sm13ss04_02.pdf. Acesso em: 12 set. 2020.

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM EDUCAÇÃO, **Cultura e Ação Comunitária - CENPEC**. (2009). Brincando e aprendendo. Disponível em: <http://www.cenpec.org.br>. Acesso em: 19 de out. 2020.

COSTELLO, E. J.; ANGOLD, A. Epidemiology. In: MARCH, J.S. (Ed.). **Anxiety Disorders in Children and Adolescents**. New York: Guilford; 1995. p. 109-24.

CHIODINI, P. R.; SIEGLE, R. Em busca de caminhos na escolha de um par. **Gestalt-terapia Jornal**, Joinville, v. 10, p. 95-104, 2009.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DELMINE, R.; VERMELEN, S. **O desenvolvimento psicológico da criança**. 2.ed. Porto: Edições Asa, 2001.

DOLTO, F. **As etapas decisivas da infância**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FRANKL, V. E. **The will to meaning**. New York: The New American Library, 1970.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia y humanismo**. Madrid: Fondo de Cultura Económico, 1983.

GESELL, A. **A criança dos 0 aos 5 anos**: o bebê e a criança na cultura dos nossos dias. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1979.

GRISA, A.; LEMES, A. **Tenho medo de quê?**: Aguçando o olhar do/a professor/a da educação infantil. 2008. Disponível em: <https://silo.tips/download/tenho-medo-de-que-aguando-o-olhar-do-a-professor-a-da-educacao-infantil> . Acesso em: 01 out. 2020.

HIRSHFELD, D.R.; ROSENBAUM, J.F.; FREDMAN, S.J.; KAGAN J. The neurobiology of childhood anxiety disorders. In: CHARNEY, D.S.; NESTLER, E.J.; BUNNEY, B.S. (Ed.). **Neurobiology of mental illness**. New York: Oxford University Press; 1999. p. 823-38.

JERUSALINSKY, A. **Psicanálise e desenvolvimento infantil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

Last CG, Perrin S, Hersen M, Kazdin AE. A prospective study of childhood anxiety disorders. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 35, p. 1502-1510, 1996.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálv**, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007.

MARCH, J. S. **Anxiety disorders in children and adolescents**. New York: Guilford; 1995.

MARTINEZ SÁNCHEZ, C. Aportes a la psicoterapia con niños: orientando hacia el sentido de vida. In: Logoterapia en acción: aplicaciones prácticas. Buenos Aires: San Pablo, 2009.

MATTA, I. **Psicologia do desenvolvimento e aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta, 2001.

MILLER, L. D.; MCLEOD, E. Children as Participants in Family Therapy: practice, research, and theoretical concerns. **The Family Journal, University of British Columbia**, n. 4, p. 375-383, out. 2001.

MINAYO, M. C. Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 09-30.

NUNES, A.; PEDROSO, S. **A busca da criança em Gestalt-Terapia**. 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Psicologia), Associação Catarinense de Ensino, Joinville, Santa Catarina, 2002.

OAKLANDER, V. **Descobrendo crianças**: a abordagem gestáltica com crianças e adolescentes. São Paulo: Summus, 1980.

OAKLANDER, V. **Hiddentreasure**: a maptothechild'sinner self. London: Karnac, 2006.

OST LG, J. J, J. A. Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of claustrophobia. **Behav Res Ther.** v. 20, p. 445-60, 1982.

PAPALIA; D.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **O mundo da criança**. 8.ed. Lisboa: McGraw-Hill, 2001.

PORTUGAL, G. Desenvolvimento e aprendizagem na infância. In: CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (org.). **Relatório do estudo**: a educação das crianças dos 0 aos 12 anos. Lisboa: Ministério da Educação, 2009.

RAEBURN, P. Entre riscos e benefícios. **Revista Viver Mente & Cérebro**. São Paulo, Edição Especial, n. 20, p. 69-75, 2009.

ROJO, C. C. *et al.* **Lua cheia 2-3 anos**. Material de apoio didático. São Domingos de Rana: Mundicultura, 2006.

SWEDO SE, L. H.L.; ALLEN, A. J. New developments in childhood affective and anxiety disorders. **Curr Probl Pediatr.** v. 24, p. 12-38, 1994.

TAVARES, J. *et al.* **Manual de psicologia do desenvolvimento e aprendizagem**. Porto: Porto Editora, 2007.

TILMANS-OSTYN, E. Quando um dos filhos é o motivo da terapia. In: TILMANS-OSTYN, E. EMEYNCKENS-FOUREZ, M. **Os recursos da fratria**. Belo Horizonte: Artesã, 2000.

TUAN, Y-F. **Paisagens do medo**. Tradução de Livia de Oliveira. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

WHEELER, G. The developing field: toward a Gestalt development al model. In: MCCONVILLE, M.; WHEELER, G. (Ed.). The heart of development: gestalt approaches to working with children, adolescents and their worlds. Hillsdale: Gestalt Press, 2002. v. 1, cap. 1, p. 37-82.

QUALIDADE DE VIDA NA COMPREENSÃO INTEGRADA DO SER HUMANO DENTRO DAS ABORDAGENS SISTÊMICA, HUMANISTA, GESTALT E PSICOMARFACOLOGIA

Caroline Walter de Oliveira Rudey²³
Fábio Ricardo Ledesma²⁴
Príncela Santana da Cruz²⁵
Renata Carvalho Nascimento de Freitas²⁶

RESUMO

O presente trabalho originou-se através da integração das disciplinas de teorias e técnicas psicoterápicas sistêmicas, teorias e técnicas psicoterápicas humanistas, teorias e técnicas psicoterápicas Gestalt- terapia e psicofarmacologia do curso de Psicologia na Universidade do Contestado UnC. A pesquisa foi orientada pelos professores responsáveis por cada disciplina. O desenvolvimento do trabalho foi a perspectiva de cada abordagem para o aspecto de qualidade de vida, o que cada abordagem apresenta sobre o assunto central. E percebeu-se que todas as abordagens, a Sistêmica, Humanista, Gestalt, e a Psicofarmacologia auxiliam na qualidade de vida e a sua manutenção, do ser humano de diversas formas.

Palavras-Chave: Bem estar. Totalidade. Saúde.

ABSTRACT

The present work originated through the integration of the disciplines of systemic psychotherapeutic theories and techniques, humanistic psychotherapeutic theories and techniques, theories and psychotherapeutic techniques Gestalt therapy and psychopharmacology of the Psychology course at the University of ContestadoUnC. The research was guided by the professors responsible for each discipline. The development of the work was the perspective of each approach to the aspect of quality of life, which each approach presents on the central subject. And it was noticed that all approaches, Systemic, Humanist, Gestalt, and Psychopharmacology help in the quality of life and its maintenance, of the human being in several ways.

Keywords: Welfare. Totality. Cheers.

²³Acadêmica do curso de Psicologia, Universidade do Contestado – UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: carol.oliveirapsico22@gmail.com

²⁴Docente do curso de Psicologia, Universidade do Contestado - UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: fabio.ledesma@professor.unc.br

²⁵Docente do curso de Psicologia, Universidade do Contestado - UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: princela@unc.br

²⁶Docente do curso de Psicologia, Universidade do Contestado - UnC Canoinhas. Santa Catarina. Brasil. E-mail: renatafreitas@professor.unc.br

INTRODUÇÃO

A expressão qualidade de vida, desde o século passado, se faz presente nas discussões em âmbito acadêmico, político, ideológico, entre outras, principalmente pelas nações unidas com o interesse de avaliar os níveis de vida de várias comunidades mundiais. Sua definição ainda é incerta, não existindo uma adesão teórica a seu respeito (SOUZA; CARVALHO, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), refere-se à qualidade de vida como sendo um conceito multifatorial através de cinco dimensões, como a saúde física, saúde psicológica, nível de independência (atividades diárias, mobilidade, dependência de medicamentos, cuidados médicos e capacidade laboral), relações sociais e meio ambiente. É uma visão geral que considera várias dimensões onde pode ser determinada a qualidade de vida do ser humano (SOUZA; CARVALHO, 2003).

O presente trabalho se desenvolve através das perspectivas da abordagem Sistêmica, Humanista, Gestaltterapia e Psicofarmacologia onde foi integrado o conceito de qualidade de vida na compreensão das teorias citadas acima, relacionado o tema com o ser humano e como as teorias podem auxiliar o sujeito.

O objetivo desse trabalho é relacionar cada teoria apresentada com a qualidade de vida do ser humano, possibilitando várias formas de compreensão do conceito, através do olhar de cada abordagem.

Este trabalho proporcionou a integração das abordagens e a oportunidade de relacionar a qualidade de vida em vários aspectos, permitindo novos olhares e buscando se aprimorar cada vez mais esse conceito.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa bibliográfica para Gil (2002 p. 44 *apud* Garcia, 2015) “é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Assim o objetivo da pesquisa é obter uma compreensão maior do ser humano e sua qualidade de vida através das perspectivas dentro da abordagem Sistêmica, Humanista, Gestalt Terapia e a Psicofarmacologia, apresentando o olhar de cada abordagem.

O desenvolvimento se deu através da busca pela “qualidade de vida dentro da abordagem sistêmica”, “qualidade de vida dentro da abordagem humanista”, “qualidade de vida dentro da abordagem Gestalt terapia”, “qualidade de vida dentro da abordagem da psicofarmacologia”, e não obteve nenhum resultado dentro da plataforma da SciELO. Então a pesquisa se direcionou através da artigos que apresentam aspecto de qualidade de vida referente a cada abordagem dentro do Google Acadêmico.

Os critérios de exclusão dos artigos e inclusão se desenvolveram através de uma leitura inicial, selecionando o que contribuiu para o tema e excluindo os artigos que não viessem contribuir com o referente assunto abordado.

REFERÊNCIAL TEÓRICO

O QUE É QUALIDADE DE VIDA

Segundo Seidl e Zannon (2004), o conceito de qualidade de vida é utilizado em duas formas, que é através da fala cotidiana pela população, dos profissionais de várias áreas, como jornalistas, políticos, também no contexto da pesquisa científica, economia, sociologia, medicina, psicologia e várias áreas.

Em meados da década de 70 Campbell (1976, apud SEIDL; ZANNON, 2004, p.2), tentou explicar o conceito de qualidade de vida: “qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas ninguém sabe claramente o que é”. Essa citação apresenta as controvérsias sobre o conceito desde que começou aparecer na literatura com trabalhos empíricos.

Devido à complexidade do termo, várias áreas de estudo conforme Farquhar (1995 apud PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p.1), a falta de consenso é notável. Na literatura, suas definições apresentam de forma global, destacando a satisfação com a vida no geral.

Segundo Pereira, Teixeira e Santos (2012), dependendo da área de interesse o conceito é apresentado como sinônimo de saúde (MICHALOS, ZUMBO; HUBLEY, 2000, apud PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p.1), felicidade e satisfação pessoal (RENWICK; BROWN, 1996 apud PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p.1), condições de vida (BUSS, 2000 apud PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012,

p.1), estilo de vida (NAHAS, 2003 *apud* PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p.1), dentre outros.

Para Whoqol (1994 *apud* PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p.1), a qualidade de vida é considerada uma percepção do indivíduo sobre sua configuração de vida no âmbito cultural e de sistema de valores nos quais vive, e sobre sua relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

QUALIDADE DE VIDA NA PERSPECTIVA SISTÊMICA

Segundo Celestino e Bucher-Maluschke (2015), a abordagem sistêmica surge em 1950 extremamente relacionada a terapia familiar, os terapeutas familiares consideram a família como um sistema com vários subsistemas (fraterno, conjugal, entre outros), os quais tem o funcionamento na base no caráter familiar seguindo hierarquias, regras modos de comunicação.

Para Celestino e Bucher-Maluschke (2015), alguns dos conceitos da teoria dos sistemas que influencia a psicologia sistêmica é a totalidade e não somatividade, assim, deve ser entendido como a soma das partes e não apenas uma parte, pois estão interligados.

Segundo Galera e Luis (2002), um sistema pode ser definido como vários elementos em interação mútua. Pode ser aplicado essa definição em família, no indivíduo e na sociedade. Cada sistema pode se constituir de sub-sistemas e fazer parte de outros sistemas maiores.

Para Galera e Luis (2002), a família é vista como um sistema, que faz parte de um outro maior e é composto por sub-sistemas. Há vários sub-sistemas, como um casal, mãe e filho e irmãos. Mas ao mesmo tempo a família faz parte de um supra-sistema, como vizinhos, igreja, escola, instituição de saúde, etc. As fronteiras entre os sistemas são definidas inesperadamente e assim pode se estabelecer quem faz parte do sistema familiar e quais sub-sistemas e supra-sistemas são necessários para a família.

De acordo com Costa (2010 *apud* GOMES *et al*, 2014, p.5), a Teoria Geral dos Sistemas também é conhecida por Teoria Sistêmica, porém elas diferem no sentido que a Teoria Geral dos Sistemas é mais abrangente, ela abarca todas as

áreas do conhecimento (Física, Química, entre outras), e na Teoria Sistêmica é mais voltada para a área da Psicologia.

Os conceitos básicos da Teoria dos Sistemas para Barcellos e Moré (2007, OSORIO, 2002, VASCONCELLOS, 2010 *apud* GOMES *et al.* 2014, p.5) são:

De acordo com a **globalidade**, todos os sistemas funcionam como um todo coeso e mudanças em uma das partes provocam mudanças no todo. O conceito de **não-somatividade** afirma que o sistema não é a soma das partes, devendo-se considerar o todo em sua complexidade e organização; assim, embora o indivíduo faça parte da família, ele mantém sua individualidade. A **homeostase** é o processo de autorregulação que mantém a estabilidade do sistema preservando seu funcionamento. A **morfogênese** é o processo oposto a homeostase, ou seja, é a característica dos sistemas abertos de absorver os aspectos externos do meio e mudar sua organização. A **circularidade**, também chamada de causalidade circular, bilateralidade ou não-unilateralidade, diz respeito à relação bilateral entre os elementos, sendo que esta relação é não linear e obedece a uma sequência circular. O último conceito, **equifinalidade**, refere que em um sistema aberto, o resultado de seu funcionamento independe do ponto de partida, ou seja, o equilíbrio é determinado pelos parâmetros do sistema; diferentes condições iniciais. Desta forma, nos sistemas fechados o estado de equilíbrio é dado pelas condições iniciais.

Também há o conceito de retroalimentação ou *feedback* que emergiu da cibernética, que garante a circulação de informações no sistema (VASCONCELLOS, 2010, *apud* GOMES *et al.*, 2014, p.6).

Para Grandesso, (2000 *apud* GOMES *et al.*, 2014, p.6), Bertalanffy, uma Teoria Geral dos Sistemas oferecia de forma abrangente oferecia um arcabouço conceitual, juntando várias disciplinas científicas que estavam isoladas naquele momento. Propondo assim uma ciência da totalidade, da integridade buscando do conhecimento, sem deixar de lado as diferenças por meio de um claro e consistente esquema de conceitos.

QUALIDADE DE VIDA NA PERSPECTIVA HUMANISTA

Segundo Gomes; Holanda e Gauer (2004), nos EUA houve uma repercussão através de ideia dos autores como Eduard Spranger (1882-1963 *apud* GOMES; HOLANDA; GAUER, 2004) e Willian Stern (1871-198 *apud* GOMES; HOLANDA; GAUER, 2004) na Alemanha, Gordon Allport (1897-1967 *apud* GOMES; HOLANDA; GAUER, 2004), Abrahan Maslow (1908-1970 *apud* GOMES; HOLANDA; GAUER, 2004), Rollo May (1909-1994 *apud* GOMES; HOLANDA; GAUER, 2004), Charlotte

Buhler (1893-1974 *apud* GOMES; HOLANDA; GAUER, 2004) e Carl Rogers (1902-1987 *apud* GOMES; HOLANDA; GAUER, 2004) nos EUA, que de diversas maneiras mas com pontos convergentes que defendiam uma psicologia compreensiva, considerando o ser humano em sua subjetividade e totalidade.

E assim nos EUA, com a repercussão das ideias surgiu uma nova onda de orientação no campo psicológico, conhecida como Terceira Força ou Psicologia Humanista, trazendo consigo a retomada de questões fenomenológicas e vivenciais e da consciência na pesquisa e na prática psicológica (GOMES; HOLANDA; GAUER, 2004).

Shaffer (1978 *apud*. GOMES; HOLANDA; GAUER, 2004, p.7) apresenta em cinco pontos as principais convergências:

- 1) Tomam como ponto de partida a experiência consciente, alinhando-se com a fenomenologia e o existencialismo;
- 2) Abordam o ser humano em sua totalidade e integridade;
- 3) Entendem a condição humana como limitada pela imbricação eu-corpo/outro/mundo, mas nem por isso destituída de liberdade e autonomia;
- 4) Trabalham com uma metodologia anti-reducionista;
- 5) Assumem uma ética fundamentada na abertura para a experiência, na possibilidade de escolha, e na exequibilidade da redefinição do sentido de vida.

Para Gomes; Holanda e Gauer (2004), os humanistas valorizam a Individualidade. O humanismo individual mais conhecido como a psicologia humanista, tem como objetivo a promoção de revoluções individuais, tendo como rompimento com um estilo de vida e a forma de pensar. Já o humanismo social, apresentado como uma psicologia sócio histórica é anti-individualista e foca na união de forças em grandes movimentos solidários incentivando mudanças sociais. Mas ambas têm o compromisso com a melhoria de qualidade de vida.

Segundo Pereira (2008), Viktor Frankl (1905-1997), psiquiatra austríaco, fundador da logoterapia, uma escola psicológica de caráter fenomenológico, existencial e humanista, também conhecida como a “Psicoterapia do Sentido da Vida”.

Para Max Scheler (1874-1928 *apud* PEREIRA 2008, p.1), Frankl procura assegurar a objetividade do sentido. Cada situação de vida é única, e assim que o “sentido” pode ser delineado.

Segundo Pereira (2008) na logoterapia, a realização do sentido desempenha a aspiração mais básica do indivíduo, que passa a entender sua existência como justificada, como força vital, podendo pensar na vida como tendo uma missão pessoal. Compreender a si mesmo pode levar a dois caminhos, sentido ou absurdo, Frankl revela a estrutura principal da existência como, dádiva e incumbência, ao mesmo tempo.

Segundo Silveira e Mahffou (2008), logoterapia afirma a “autonomia da existência espiritual”, e com isso desenvolve o senso de responsabilidade. Frankl (1948/1993, p.15 *apud* SILVEIRA; MAHFFOU, 2008) descreve o ser humano como uma essência, ser-responsável, e a responsabilidade está na ação do aqui e agora.

Frankl (1948/1993, *apud* SILVEIRA, MAHFFOU, 2008, p.4), afirma que o ser humano é o “ser que decide”, quando o sujeito se responsabiliza por algo, pode-se dizer que ele está sendo ele mesmo.

Outro psicólogo importante que procurou entender e explicar a motivação humana é Maslow, que para ele o comportamento humano é motivado por necessidades fundamentais, que são divididas em dois grupos, a de deficiência e crescimento. As necessidades de deficiência são as fisiológicas, segurança, afeto estima, enquanto as necessidades de crescimento são relacionadas ao autodesenvolvimento e autorrealização do indivíduo (HUITT, 1998 *apud* GUIMARÃES, 2001, p.2).

Segundo Guimarães (2001), Maslow (1975 *apud* GUIMARÃES, 2001), coloca para o ser humano possa alcançar e satisfazer as necessidades é preciso a liberdade de falar e agir, de se auto expressar, de se defender, de buscar seus direitos e justiça, de buscar informações e de investigar.

QUALIDADE DE VIDA NA PERSPECTIVA GESTALT TERAPIA

Segundo Serge e Ginger (1995), a Gestalt é de origem alemã que significa dar forma, dar significado a uma estrutura. Nos dicionários comuns é encontrado o primeiro sentido histórico que é a teoria da qual a percepção se organiza espontaneamente sobre uma estrutura de conjuntos e significados. A percepção da totalidade de um rosto que não pode representar apenas a junção dos estímulos percebidos, o todo difere da junção de suas partes. Ainda a OMS (Organização

Mundial da Saúde) lembra que “A saúde não é a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado completo de bem-estar físico, mental e social”.

A Gestalt terapia visa a manutenção e o desenvolvimento desse bem-estar, ela reúne uma base de desenvolvimento pessoal, de formação e a de plenitude do potencial humano (SERGE; GINGER, 1995).

Atualmente a Gestalt está inserida em vários contextos e com objetivos diferentes, como em psicoterapia individual, casais, terapia familiar, em grupos, está inserida em instituições como escola, hospitais psiquiátricos ou ainda em empresas e comércio. Segundo esta abordagem é para indivíduos que tem distúrbios físicos, psicossomáticos ou psíquicos, mas também é destinada as pessoas que sofrem com problemas existenciais, conflito, luto, rompimento, depressão, impotência, desemprego, ou para qualquer pessoa ou organização que queira desabrochar seu potencial e melhorar a qualidade de vida (SERGE; GINGER, 1995).

Coloca Serge e Ginger (1995), que a Gestalt Terapia ainda está indefinida, para algumas pessoas é a terapia da concentração, terapia do aqui e agora, psicanálise existencial, terapia integrativa e entre outras, mas para os autores é a terapia do contato.

Segundo Serge e Ginger (1995), a Gestalt terapia apresenta uma filosofia existencial, verdadeiramente como “arte do viver”, uma maneira subjetiva de tecer relações humanas com o mundo.

A Gestalt é a tomada de consciência, é trazer o ser humano para o aqui agora, possibilitando uma percepção emocional e corporal. Ela desenvolve uma perspectiva unificadora do indivíduo, que ao mesmo tempo integra as dimensões sensoriais, afetivas, intelectuais, sociais e espirituais (SERGE; GINGER, 1995).

Para Serge e Ginger (1995), a Gestalt possibilita um contato verdadeiro consigo mesmo e com outros, formando um ajustamento criador do organismo ao meio. Ela coloca em evidência os processos de bloqueio ou de uma falha no ciclo normal do indivíduo de satisfação das necessidades.

A Gestalt não explica simplesmente as origens das dificuldades do ser humano, mas realiza o experimento de novas resoluções como o sentir, mobilizador de mudanças, busca do saber por quê. Na Gestalt cada indivíduo é responsável por suas escolhas e suas evitações (SERGE; GINGER, 1995).

Segundo Serge e Ginger (1995), na Gestalt há várias combinações de técnicas que integra e combina como despertar sensorial, a respiração, o trabalho com a energia, trabalho com os sonhos, a criatividade, a música a dança etc. A Gestalt promove a consciência global, o ajustamento criador ao meio, a interação da experiência presente, das evitações, mecanismos de defesa ou resistências.

Para Serge e Ginger (1995), a Gestalt possibilita o conhecer melhor de si mesmo, do ser humano aceitar como ele é e não querer mudar para apenas se adaptar a um meio. A Gestalt possibilita o encorajamento de navegar no sentido da própria história do ser humano, e não tentar lutar contra ela, é observar as mais profundas correntes internas da personalidade, explorando os mais diversos meios, e ainda tendo a responsabilidade para a realização de suas metas.

QUALIDADE DE VIDA NA PERSPECTIVA DA PSICOFARMACOLOGIA

Segundo Saffer (2007, apud Azevedo; Fagundes; Pinheiro, 2018, p.281), várias mudanças nas últimas décadas vêm ocorrendo diante de psicoterapeutas e psiquiatras através do uso dos psicofármacos e a psicoterapia serem aliados. Tornou-se importante que os profissionais da saúde mental de várias áreas buscassem mais conhecimentos dos problemas emocionais para um melhor tratamento dos pacientes.

Para Ribeiro (1984, apud AZEVEDO; FAGUNDES; PINHEIRO, 2018, p.282), a psicoterapia é uma técnica que utiliza vários instrumentos comprovados cientificamente. Também é uma maneira de autoconhecimento, aprendizagens e crescimento, assim a psicoterapia não é uma teoria apenas ou uma técnica que trata de indivíduos adoecidos, mas também é um envolvimento que promove uma compreensão da realidade. O psicoterapeuta e o paciente juntos desenvolvem uma relação saudável, para que o paciente, ao se deparar com a realidade possa desenvolver meios de aliviar o sofrimento psicológico.

Bezerra (2008, apud AZEVEDO; FAGUNDES; PINHEIRO, 2018, p.285), apresenta que a psicoterapia é um determinante recurso de mudança e com a força da interação humana e dos psicofármacos quando necessários atesta a eficiência do tratamento.

Atualmente é notável que psicoterapia e a psicofarmacologia são benéficas o tratamento de pacientes com Transtornos Mentais, mas o entanto elas possuem benefícios e limitações. Na psicofarmacologia o alívio de sintomas é mais rápido, porém haverá efeitos colaterais em alguns casos. Na psicoterapia que quando há acompanhamento semanal é observado progresso conforme a decorrência do tempo (AZEVEDO; FAGUNDES; PINHEIRO, 2018).

Um exemplo é a ansiedade, que de acordo com o CID 10 ela é uma reação normal que o indivíduo tem mediante situações de medo, dúvida ou expectativas. Mas quando esses sintomas persistem por períodos prolongados de tempo e passam a interferir nas atividades rotineiras, a ansiedade deixa de ser natural e passa a ser patológica denominada de transtorno de ansiedade generalizada.

Segundo Silveira e Sereriano (2017), a ansiedade faz parte das experiências humanas, se tornando uma resposta antecipatória, porém autolimitada do organismo com situações de comportamentos defensivos implica a antecipação de acontecimentos desencadeando sentimento de impotência do sujeito em lidar com aquela situação.

Para Silveira e Sereriano (2017), o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (Diagnosticand Statistical Manual of Mental Disorders), conhecido com DSM-V, apresenta os Transtornos de Ansiedade de diversos quadros.

Para a APA (2013, apud SILVEIRA, SERERIANO, 2017, p.2), o Transtorno de ansiedade Generalizada se caracteriza pelo excesso de preocupações relacionadas com o cotidiano, que tal forma prejudica no funcionamento psicossocial da pessoa, causando sofrimento significativo. Apresenta também outros sintomas como irritabilidade, inquietação, dificuldades de concentração, perturbações no sono, e tensões musculares. Frequentemente essas pessoas podem preencher requisitos de quadros depressivos.

O Transtorno do Pânico pode ser caracterizado por quadros de ataques de pânico de forma rotineira e inesperada, sendo frequentemente com órbido com outros Transtornos de Ansiedade, como por exemplo, o Transtorno de Ansiedade Generalizada. Um ataque de pânico pode acontecer a partir de um estado calmo ou ansioso, apresentando características de um surto abrupto de medo ou desconforto intenso, que em minutos alcança um pico elevado, apresentando alguns sintomas

como, palpitações, taquicardia, sudorese, tremores, dor torácica, sensações de sufocamento e asfixia medo de morrer de enlouquecer, entre outros (APA, 2013 apud SILVEIRA; SEVERIANO, 2017, p. 2).

Para Silva e Filho (2013 apud SILVEIRA; SERERIANO, 2017, p.2), as comorbidades entre esses transtornos pode levar a um sofrimento psíquico intenso, levando a um quadro de mais de 50% dos casos evoluindo para sintomas depressivos.

Segundo Beck (2013 apud MORAIS; SILVEIRA, 2019, p. 152), o tratamento mais indicado é o tipo psiquiátrico utilizando a medicação e o tipo psicológico, que seria a psicoterapia. Aconselha-se um ou outro, dependendo da gravidade do transtorno e seria o mais eficaz a abordagem cognitivo-comportamental que mostra ganhos mais duradouros.

De acordo com Cardoso e Galera (2009), os transtornos mentais que possuem evolução crônica, qualificada por um contínuo tratamento poli medicamentoso, são indicados pela instabilidade na manifestação e tratamento da patologia. Durante o curso da doença mental, a família presencia momentos de controle e diminuição de sintomas, alternados a momento de crise, recaída psiquiátrica e possível reinternação hospitalar.

Segundo Cardoso e Galera (2019, p. 162):

De maneira geral os momentos de controle e diminuição dos sintomas são possíveis frente a um eficaz tratamento medicamentoso associado a tratamentos não medicamentosos (psicoterapias, grupo operativo, programas de psicoeducação, terapia familiar, visitas domiciliárias, terapia ocupacional, desenvolvimento de habilidades, medicação assistida, programas de reabilitação, grupos de autoajuda, acompanhamento terapêutico, entre outros). Porém, nesse contexto a adesão do doente mental ao tratamento, principalmente medicamentoso, é baixa em muitos casos. No tratamento dos transtornos mentais, a não adesão à medicação é observada em cerca de 50% das pessoas e é responsável por inúmeros prejuízos além de ser principal causa de morbidade psiquiátrica e reinternações.

Para Cardoso e Galera (2009), a não adesão ao tratamento medicamentoso é um fenômeno complicado e universal. Nos tratamentos psiquiátricos e a não adesão desenvolve aos poucos um agravamento das doenças. Em certos casos por causa das decaídas, o tempo para a recuperação torna-se mais longo e a resposta clínica inferior ao tratamento.

É importante conhecer o porquê dos pacientes não quererem aderir a medicação, é essencial compreender o universo dos doentes mentais, fornecendo assim aos profissionais de saúde, recursos mais apropriados à manutenção do tratamento psiquiátrico e as ferramentas para prevenir recaídas (CARDOSO; GALERA, 2019).

As autoras Cardoso e Galera (2019), afirmam que a saúde não deve ser vista apenas como resultado do processo utilizado na doença, mas de intervenções que possam oferecer ao sujeito estratégias para a promoção, recuperações e manutenção do seu estado de saúde, relevando o contexto e o cotidiano de cada indivíduo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao decorrer a pesquisa, os autores de cada abordagem apresentaram aspectos de qualidade de vida. Na abordagem sistêmica, o pensamento sistêmico tem sido utilizado na biologia, aplicado aos seres vivos e aos sistemas sociais (CELESTINO; BUCHER-MALUSCHKE, 2015).

Os autores apresentam alguns conceitos da teoria de sistema como o controle de retroalimentação, que é a perspectiva circular de causalidade, onde o efeito é realimentado como causa. Tem a retroalimentação positiva que auxilia na mudança, e a negativa que busca o estado de equilíbrio do sistema. A equifinalidade, que é um sistema fechado, onde o estado final pode ser decidido claramente pelas condições iniciais, mas isso não pode ocorrer em sistemas complexos. Além disso, o sistema psicossocial é um sistema aberto, que pode chegar a um estado final parecido com as condições iniciais distintas, por diversas formas, e meios de desenvolvimento (CELESTINO; BUCHER-MALUSCHKE, 2015).

Entre os vários conceitos da abordagem sistêmica ao qual foi proposta com a psicologia, para entender o processo de padrões dentro de um sistema familiar. A repetição de padrões está relacionada a ao nível de diferenciação de cada pessoa da família. Esse nível de diferenciação é influenciado pelas relações da família de origem que passa de gerações e aqui está ligado ao processo emocional da família, até antes do seu nascimento. A importância de o sistema familiar estar em

homeostase, de como a família se vê dentro do sistema e como cada indivíduo age diante a uma situação (CELESTINO; BUCHER-MALUSCHKE, 2015).

Segundo Bacal (2013 *apud* CELESTINO; BUCHER-MALUSCHKE, 2015, p.3) saber essa diferenciação é importante para a saúde mental da pessoa, pois assim estará auxiliando na construção de sua individuação e seu funcionamento psicológico independente dos padrões familiares. Por outro lado, é preciso levar o pertencimento do indivíduo relevante para o funcionamento saudável significando crenças, valores, regras, mitos e segredos familiares de um grupo social.

Dentro da abordagem humanista, segundo Gomes; Holanda e Gauer (2004), os autores valorizam a individualidade, alcançando vários grupos dos mais diferentes modos, em função de um estado de opressão social ou individual. A teoria pode apresentar uma base para a busca individual por mudança de sentido de vida, ou de mobilização de grandes massas.

Também foi apresentado o olhar de Frankl e Maslow, que abordam a motivação do ser humano, e a realização. Frankl se refere ao sentido da vida, a busca que o indivíduo necessita, e Maslow as necessidades básicas que o ser humano tende a alcançar, o que caracteriza uma possibilidade de bem-estar e qualidade de vida para o ser humano.

Na abordagem da Gestalt, Serge e Ginger (1995), a Gestal é para qualquer tipo de pessoa que visa descobrir o melhor de si, o seu potencial, uma qualidade de vida melhor. A teoria da Gestalt apresenta a valorização do ser, uma filosofia existencial da beleza da vida.

Na psicofarmacologia Azevedo; Fagundes; Pinheiro (2018) apresentam que com o avanço da ciência, existem várias construções sobre a relação do psiquiatra e o psicólogo e sua importância, dentro do comprometimento ético e científico para o alívio do sofrimento humano.

A psicofarmacologia é uma área de possibilidades de manutenção da saúde mental através da medicação em alguns casos. Com o tratamento medicamentoso em alguns casos que haja a necessidade, é importante realizar corretamente o tratamento e a realização da psicoterapia também.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, é possível perceber que o conceito de qualidade de vida pode se apresentar em vários aspectos, como saúde, felicidade, satisfação pessoal, realização profissional, é a forma que o ser humano olha para sua vida e avalia cada aspecto. É a forma que cada indivíduo olha para si e para sua vida e para o mundo.

As abordagens apresentaram vários aspectos para obter e aumentar a qualidade de vida, como o autoconhecimento, a singularidade de cada pessoa, o funcionamento de relações saudáveis, a totalidade do ser humano e suas potencialidades, o que motiva o ser humano, realizações e ainda a junção da psicofarmacologia com a psicoterapia em casos específicos que podem auxiliar no bem-estar do ser humano.

Assim cada abordagem com suas particularidades pode auxiliar o ser humano na qualidade de vida e a busca por ela. Esse trabalho não almeja esgotar as possibilidades de estudo, mas fazer um apanhado dos conceitos de modo a situar o leitor acerca do conceito de qualidade de vida nas abordagens utilizadas.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, C. B. F.; FAGUNDES, J. A.; PINHEIRO, Â. F. S. Psicoterapia e psicofarmacologia: a percepção de psicólogos. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 281-290, ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922018000200281&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 out. 2020.

CARDOSO, L.; GALERA, S.A. F. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 161-167, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 out. 2020.

CELESTINO, V. R.R.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. Um novo olhar para a abordagem sistêmica na psicologia **ACEF Pesquisa-Desenvolvimento e Gestão**, v. 18, n. 3, 2015.

CID 10. Online. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/acp-medicine/4642/transtornos_de_ansiedade_%E2%80%93_brian_m_iacoviello_phd_s_anjay_j_mathew_md.htm. Acesso em 13 dez. 2020.

GALERA, S. A. F.; LUIS, M. A. V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 141-147, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2020.

GARCIA, E. Pesquisa bibliográfica versus revisão bibliográfica-uma discussão necessária. **Línguas & Letras**, v. 17, n. 35, 2015.

GINGER, S.; GINGER, A. **Gestalt: uma terapia do contato**. 5.ed São Paulo: Summus, 1995.

GOMES, L. B. *et al.* As origens do pensamento sistêmico: das partes para o todo. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 3-16, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2020.

GOMES, W. B; HOLANDA, A. F; GAUER, G. **Psicologia humanista no Brasil**. Museu Virtual da Psicologia no Brasil. Porto Alegre: Museu PSI. 2004.

GUIMARÃES, M. C. Maslow e marketing: para além da hierarquia das necessidades. **Portal do Marketing**, 2001.

MORAIS, G. H.; SILVEIRA, Tatiana M. Associação da psicofarmacologia e psicoterapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. **Cadernos de psicologia**, v. 1, n. 1, 2019.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista brasileira de educação física e esporte**, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012.

PEREIRA, I. Mundo e sentido na obra de Viktor Frankl. **Psico**, v. 39, n. 2, p. 8, 2008.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, p. 580-588, 2004.

SILVEIRA, C. C.; SEVERIANO, M. I. R. Somatopsicodinâmica da ansiedade patológica: um estudo de série de casos sobre as contribuições da técnica massoterápica Yoga Thay com adolescentes identificados com transtorno de ansiedade generalizada em comorbidade com transtorno de pânico. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.) CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XXII, 2017. **Anais**. Curitiba. Centro Reichiano, 2017. Disponível em: <www.centroreichiano.com.br/artigos_anais_congressos.htm>. Acesso em: 20 nov. 2020.

SILVEIRA, D. R.; MAHFOUD, M. Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 567-576, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2020.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 8, n. 3, p. 515-523, Dec. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2020.

